

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Assurances Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Malade

N° W19-509495

ND: 32348

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6337

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL FADEL MOHAMED

Date de naissance :

14-08/60

Adresse :

une adresse

Tél. :

06.68.74.56.70

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Amal DAOUDI

GENERALISTE

Cachet du médecin :

451, Avenue 2 Mars Hay El Masjed  
Tél : 05 22 82 38 11 - Casablanca

Date de consultation :

18/05, 2020

Nom et prénom du malade :

LAHSINI NAJIA Ep ELFADEL Age: 1987

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

myxom. Eczéma 2020 cutané.

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

ELFADEL

Le :

12/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |                                                                                                    |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                                     |
| 19/07/20                       | C                 |                       | 150,00                          | INF : 91043828<br>Docteur Amal DAUDI<br>GENERALISTE<br>451 Avenue 2 Mars Haret<br>20246 Casablanca |
| 02/06/20                       | C                 |                       | -                               |                                                                                                    |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                                                      |           |                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                                                                      | Date      | Montant de la Facture                                             |
| <br><b>PHARMACIE SALMIA</b><br>100, rue FOUAD | 18/5/2020 | 451 Avenue 2 Mars 1916<br>Casablanca<br>05 22 82 38 11<br>1036,60 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                                                          |      |                                      |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue                            | Date | Désignation des<br>Coefficients      | Montant<br>des Honoraires |
|  |      | Mme LAHSINI Najia                    |                           |
|                                                                                   |      | Dossier : e0529001 / Date 29.05.2020 |                           |
|                                                                                   |      | Total B: 268 / Dossier : 238,52DH    |                           |
|                                                                                   |      | B 250      B 18                      |                           |
|                                                                                   |      |                                      |                           |

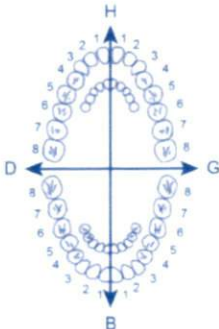
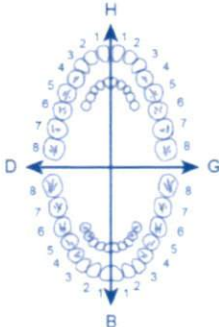
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.C.F.

| SOINS DENTAIRES                                                                      | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nature des<br>Soins | Coefficient                              | INP : <input type="text"/>                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|----------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                         | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |                                          | H                                            |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                                                                      | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 21433552            |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 00000000            |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | G                   |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 00000000            |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 11433553            |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                                          | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amal DAOUDI

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplôme d'Echographie

Université Montpellier I

الدكتورة أمال دلاوي

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

جامعة مونتبليي I

Casablanca, le : 18-05-20

LAHSINI NAJIA  
— Ep ELFADEL

TSH us

Mme LAHSINI Najia  
Ddn 31.03.1957 / F  
Nr dossier : 40529001 /  
pour scan en flot ordonnance

LABORATOIRES D'APPLICATIONS  
SCIENTIFIQUES  
11 - 13, Rue Houcine BEN ALI  
CASABLANCA - Tél: 05 22 27 64 84

Docteur Amal DAOUDI  
GENERALISTE  
451, Avenue 2 Mars Hay El Mesjid  
Tél: 05 22 82 38 11 - Casablanca

415، شارع 2 مارس حي المسجد - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 82 38 11  
415, Av. 2 Mars Hay El Mesjid - Casablanca - Tél. : 05 22 82 38 11

Docteur Amal DAOUDI

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplôme d'Echographie

Université Montpellier I

الدكتورة أمال دراوي

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

جامعة مونبيلي I

Casablanca, le : 18.05.20.

1036140

- 149.50 LAHSINI NATIA EP EL FADEL  
- Spectru 200 10T  
- Cartexan 400 30T  
- Noruc 150 15T  
- Baryx Dermal cre 10T  
- Nycodein 10T  
- 17.40 1app 1T  
- 17.40 1app 15/2 le 10T  
- 17.40 1app 1T

PHARMACIE SALMA  
85, Bd. El Joulane Sidi Othman  
Casablanca - Tél. 05 22 82 38 11

Docteur Amal DAOUDI  
GENERALISTE  
451, Avenue 2 Mars Hay El Mesjid  
Casablanca - Tél. : 05 22 82 38 11

Docteur Amal DAOUDI

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplôme d'Echographie

Université Montpellier I

دكتورة أمال داودي

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

جامعة مونتبيلي I

Casablanca, le : 02.06.20.

LAHSINI NASIA  
Ep ELFADEL

96,40

- Cuntec cp.

56,00

1/2 ep 1j le

- Levothyrox 25

6,80

1/2 ep 1j le matin avant  
le repas.

- Exoderyl crème

39,60

sapp 1j p= 2 mois.

Docteur Amal DAOUDI  
GENERALISTE

451, Avenue 2 Mars Hay El Mesjid - Casablanca  
Tél: 05 22 82 38 11

05 22 82 38 11 - الدار البيضاء - الهاتف

415, Av. 2 Mars Hay El Mesjid - Casablanca - Tél. : 05 22 82 38 11

# CARTEXAN® 400 mg

Chondroïtine sulfate

**Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez conseil à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Si les symptômes persistent, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

## COMPOSITION

**Substance active :** Chondroïtine sulfate sodique : 400 mg

## Excipients :

Stéarate de magnésium.  
Composants de la gélule : Erythrosine D&C Red 3 (E127), Oxyde de fer rouge (E172).

## CLASSE PHARMACO THERAPEUTIQUE

Autres agents anti-inflammatoires et antirhumatismaux, médicament

## INDICATIONS :

Cartexan est indiqué pour le traitement symptomatique de l'ostéoar

## CONTRE INDICATIONS :

**Ne prenez jamais CARTEXAN dans les cas suivants :**

Allergie (hypersensibilité) à la chondroïtine ou à l'un des excipients  
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS

## POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

### Posologie :

**Adultes : (inclues les personnes âgées)**

La dose journalière recommandée est de 800 mg prises de préférence o

mois.

Pour les symptômes d'inflammation sévère, la dose recommandée peut être augmentée

comme dose unique ou en 2 sous doses) pour les 4 à 6 premières semaines de traitement, suivies par 800 mg comme dose

journalière jusqu'à la fin de la période des 3 mois de traitement.

La thérapie comprend des traitements répétés, chaque traitement comprend une prise de médicament de 3 mois au moins, et,

pendant de la symptomatologie du patient, peut être suivie par 2 mois d'intervalle libres de traitement (dû à l'effet retard du

produit).

### Enfants et adolescents :

CARTEXAN n'est pas recommandé pour les enfants et les adolescents âgés de moins de 18 ans, étant donné le manque de données

sur l'efficacité et la sécurité.

### Insuffisants rénaux :

Il existe une petite expérience disponible concernant l'utilisation de CARTEXAN par les patients insuffisants rénaux. Ces patients

doivent donc être traités avec une attention spéciale. (Voir partie « mises en gardes et précautions d'emploi »)

### Insuffisants hépatiques :

Il n'y a pas d'expérience concernant l'utilisation de CARTEXAN par les patients insuffisants hépatiques. Ces patients doivent donc

être traités avec une attention spéciale. (Voir partie « mises en gardes et précautions d'emploi »)

### Voie d'administration :

Voie orale.

CARTEXAN peut être pris avant, pendant ou après les repas. Pour les patients avec un historique clinique d'une intolérance aux

médicaments, il est recommandé de prendre le médicament après le repas.

Les gélules doivent être avalées, sans être mâchées, avec suffisamment de liquide.

**DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

## MISES EN GARDES SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

### Insuffisance rénale et/ou cardiaque :

Dans de très rares occasions ( $<1/10000$ ), les patients atteints d'une insuffisance rénale ou cardiaque ont souffert d'œdème et/ou

rétenition d'eau. Ceci peut être attribué à l'effet osmotique du sulfate de chondroïtine.

### Insuffisance hépatique :

Il n'y a pas d'expérience disponible concernant l'utilisation de CARTEXAN par des patients souffrant d'insuffisance hépatique. Ces

patients doivent donc être traités avec une attention spéciale.

Aucun effet plaquettaire n'a été détecté lors de la recherche clinique ni lors de la pharmacovigilance pour les doses recommandées.

Cependant, sur des rats et utilisant des doses très élevées comparées avec les doses recommandées chez les humains, 50

mg/Kg/jour (équivalent à 4000 mg chez les humains/jour), un léger effet antipiaquettaire a été observé. Cette activité doit être prise

en compte lorsque le produit est utilisé conjointement à des médicaments antiplaquettaires (acide acétylsalicylique,

dipyridamole, clopidogrel, ticlopidine).

**Excipients à effet notoire :** Sodium

L01 : 190912  
UT AV : 05/2023  
PPV : 148,50DH

756.496.02.17

# CARTEXAN® 400 mg

Chondroïtine sulfate

**Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez conseil à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Si vous remarquez des effets indésirables, informez-en votre médecin ou à votre pharmacien.

## COMPOSITION

**Substance active :** Chondroïtine sulfate sodique : 400 mg

## Excipients :

Stéarate de magnésium.  
Composants de la gélule : Erythrosine D&C Red 3 (E127), Oxyde de fer rouge (E172).

## CLASSE PHARMACO THERAPEUTIQUE

Autres agents anti-inflammatoires et antirhumatismaux, médicament

## INDICATIONS :

Cartexan est indiqué pour le traitement symptomatique de l'ostéoar

## CONTRE INDICATIONS :

**Ne prenez jamais CARTEXAN dans les cas suivants :**

Allergie (hypersensibilité) à la chondroïtine ou à l'un des excipients  
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS

## POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

### Posologie :

**Adultes : (inclues les personnes âgées)**

La dose journalière recommandée est de 800 mg prises de préférence en 2 fois.

Pour les symptômes d'inflammation sévère, la dose recommandée peut être augmentée à 1200 mg par jour, divisée en 4 prises par jour.

La thérapie comprend des traitements répétés, chaque traitement comprend une prise de médicament de 3 mois au moins, et, dépendant de la symptomatologie du patient, peut être suivie par 2 mois d'intervalle libres de traitement (dû à l'effet retard du produit).

### Enfants et adolescents :

CARTEXAN n'est pas recommandé pour les enfants et les adolescents âgés de moins de 18 ans, étant donné le manque de données sur l'efficacité et la sécurité.

### Insuffisants rénaux :

Il existe une petite expérience disponible concernant l'utilisation de CARTEXAN par les patients insuffisants rénaux. Ces patients doivent donc être traités avec une attention spéciale. (Voir partie « mises en garde et précautions d'emploi »)

### Insuffisants hépatiques :

Il n'y a pas d'expérience concernant l'utilisation de CARTEXAN par les patients insuffisants hépatiques. Ces patients doivent donc être traités avec une attention spéciale. (Voir partie « mises en garde et précautions d'emploi »)

### Voie d'administration :

Voie orale.

CARTEXAN peut être pris avant, pendant ou après les repas. Pour les patients avec un historique clinique d'une intolérance aux médicaments, il est recommandé de prendre le médicament après le repas.

Les gélules doivent être avalées, sans être mâchées, avec suffisamment de liquide.

**DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

## MISES EN GARDES SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

### Insuffisance rénale et/ou cardiaque :

Dans de très rares occasions (<1/100000), les patients atteints d'une insuffisance rénale ou cardiaque ont souffert d'œdème et/ou rétention d'eau. Ceci peut être attribué à l'effet osmotique du sulfate de chondroïtine.

### Insuffisance hépatique :

Il n'y a pas d'expérience disponible concernant l'utilisation de CARTEXAN par des patients souffrant d'insuffisance hépatique. Ces patients doivent donc être traités avec une attention spéciale. Aucun effet plaquettaire n'a été détecté lors de la recherche clinique ni lors de la pharmacovigilance pour les doses recommandées. Cependant, sur des rats et utilisant des doses très élevées comparées avec les doses recommandées chez les humains, 50 mg/Kg/jour (équivalent à 4000 mg chez les humains/jour), un léger effet antipiaquettaire a été observé. Cette activité doit être prise en compte lorsque le produit est utilisé conjointement à des médicaments antiagrégants plaquettaires (acide acétylsalicylique, dipyridamole, clopidogrel, ticlopidine).

**Excipients à effet notoire :** Sodium

L01 : 190912  
UT AV : 05/2023  
PPV : 148,50DH

756.496.02.17

# CARTEXAN® 400 mg

Chondroïtine sulfate

**Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez conseil à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Si vous remarquez des effets indésirables, informez votre médecin ou votre pharmacien.

## COMPOSITION

**Substance active :** Chondroïtine sulfate sodique : 400 mg

## Excipients :

Stéarate de magnésium.  
Composants de la gélule : Erythrosine D&C Red 3 (E127), Oxyde de fer rouge (E172).

## CLASSE PHARMACO THERAPEUTIQUE

Autres agents anti-inflammatoires et antirhumatismaux, médicament

## INDICATIONS :

Cartexan est indiqué pour le traitement symptomatique de l'ostéoar

## CONTRE INDICATIONS :

**Ne prenez jamais CARTEXAN dans les cas suivants :**

Allergie (hypersensibilité) à la chondroïtine ou à l'un des excipients  
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS

## POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

### Posologie :

**Adultes : (inclues les personnes âgées)**

La dose journalière recommandée est de 800 mg prises de préférence o

mois.

Pour les symptômes d'inflammation sévère, la dose recommandée peut être augmentée, comme dose unique ou en 2 sous doses) pour les 4 à 6 premières semaines de traitement, suivies par 800 mg comme dose

journalière jusqu'à la fin de la période des 3 mois de traitement.  
La thérapie comprend des traitements répétés, chaque traitement comprend une prise de médicament de 3 mois au moins, et, dépendant de la symptomatologie du patient, peut être suivie par 2 mois d'intervalle libres de traitement (dû à l'effet retard du produit).

### Enfants et adolescents :

CARTEXAN n'est pas recommandé pour les enfants et les adolescents âgés de moins de 18 ans, étant donné le manque de données sur l'efficacité et la sécurité.

### Insuffisants rénaux :

Il existe une petite expérience disponible concernant l'utilisation de CARTEXAN par les patients insuffisants rénaux. Ces patients doivent donc être traités avec une attention spéciale. (Voir partie « mises en gardes et précautions d'emploi »)

### Insuffisants hépatiques :

Il n'y a pas d'expérience concernant l'utilisation de CARTEXAN par les patients insuffisants hépatiques. Ces patients doivent donc être traités avec une attention spéciale. (Voir partie « mises en gardes et précautions d'emploi »)

### Voie d'administration :

Voie orale.

CARTEXAN peut être pris avant, pendant ou après les repas. Pour les patients avec un historique clinique d'une intolérance aux médicaments, il est recommandé de prendre le médicament après le repas.

Les gélules doivent être avalées, sans être mâchées, avec suffisamment de liquide.

**DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

## MISES EN GARDES SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

### Insuffisance rénale et/ou cardiaque :

Dans de très rares occasions (<1/100000), les patients atteints d'une insuffisance rénale ou cardiaque ont souffert d'œdème et/ou rétention d'eau. Ceci peut être attribué à l'effet osmotique du sulfate de chondroïtine.

### Insuffisance hépatique :

Il n'y a pas d'expérience disponible concernant l'utilisation de CARTEXAN par des patients souffrant d'insuffisance hépatique. Ces patients doivent donc être traités avec une attention spéciale.  
Aucun effet plaquettaire n'a été détecté lors de la recherche clinique ni lors de la pharmacovigilance pour les doses recommandées. Cependant, sur des rats et utilisant des doses très élevées comparées avec les doses recommandées chez les humains, 50 mg/Kg/jour (équivalent à 4000 mg chez les humains/jour), un léger effet antiplaquettaire a été observé. Cette activité doit être prise en compte lorsque le produit est utilisé conjointement à des médicaments antiagrégants plaquettaires (acide acétylsalicylique, dipyridamole, clopidogrel, ticlopidine).

**Excipients à effet notoire :** Sodium

L01 : 190912  
UT AV : 05/2023  
PPV : 148,50DH

756.496.02.17

# CARTEXAN® 400 mg

Chondroïtine sulfate

**Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez conseil à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Si vous remarquez des effets indésirables, informez votre médecin ou votre pharmacien.

## COMPOSITION

**Substance active :** Chondroïtine sulfate sodique : 400 mg

## Excipients :

Stéarate de magnésium.  
Composants de la gélule : Erythrosine D&C Red 3 (E127), Oxyde de fer rouge (E172).

## CLASSE PHARMACO THERAPEUTIQUE

Autres agents anti-inflammatoires et antirhumatismaux, médicament

## INDICATIONS :

Cartexan est indiqué pour le traitement symptomatique de l'ostéoar

## CONTRE INDICATIONS :

**Ne prenez jamais CARTEXAN dans les cas suivants :**

Allergie (hypersensibilité) à la chondroïtine ou à l'un des excipients  
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS

## POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

### Posologie :

**Adultes : (inclues les personnes âgées)**

La dose journalière recommandée est de 800 mg prises de préférence o

mois.

Pour les symptômes d'inflammation sévère, la dose recommandée peut être augmentée

comme dose unique ou en 2 sous doses) pour les 4 à 6 premières semaines de traitement, suivies par 800 mg comme dose

journalière jusqu'à la fin de la période des 3 mois de traitement.

La thérapie comprend des traitements répétés, chaque traitement comprend une prise de médicament de 3 mois au moins, et,

pendant de la symptomatologie du patient, peut être suivie par 2 mois d'intervalle libres de traitement (dû à l'effet retard du

produit).

**Enfants et adolescents :**

CARTEXAN n'est pas recommandé pour les enfants et les adolescents âgés de moins de 18 ans, étant donné le manque de données

sur l'efficacité et la sécurité.

**Insuffisants rénaux :**

Il existe une petite expérience disponible concernant l'utilisation de CARTEXAN par les patients insuffisants rénaux. Ces patients

doivent donc être traités avec une attention spéciale. (Voir partie « mises en gardes et précautions d'emploi »)

**Insuffisants hépatiques :**

Il n'y a pas d'expérience concernant l'utilisation de CARTEXAN par les patients insuffisants hépatiques. Ces patients doivent donc

être traités avec une attention spéciale. (Voir partie « mises en gardes et précautions d'emploi »)

### Voie d'administration :

Voie orale.

CARTEXAN peut être pris avant, pendant ou après les repas. Pour les patients avec un historique clinique d'une intolérance aux

médicaments, il est recommandé de prendre le médicament après le repas.

Les gélules doivent être avalées, sans être mâchées, avec suffisamment de liquide.

**DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

## MISES EN GARDES SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

### Insuffisance rénale et/ou cardiaque :

Dans de très rares occasions (<1/10000), les patients atteints d'une insuffisance rénale ou cardiaque ont souffert d'œdème et/ou

rétenition d'eau. Ceci peut être attribué à l'effet osmotique du sulfate de chondroïtine.

### Insuffisance hépatique :

Il n'y a pas d'expérience disponible concernant l'utilisation de CARTEXAN par des patients souffrant d'insuffisance hépatique. Ces

patients doivent donc être traités avec une attention spéciale.

Aucun effet plaquettaire n'a été détecté lors de la recherche clinique ni lors de la pharmacovigilance pour les doses recommandées.

Cependant, sur des rats et utilisant des doses très élevées comparées avec les doses recommandées chez les humains, 50

mg/Kg/jour (équivalent à 4000 mg chez les humains/jour), un léger effet antiplaquettaire a été observé. Cette activité doit être prise

en compte lorsque le produit est utilisé conjointement à des médicaments antiagrégants plaquettaires (acide acétylsalicylique,

dipyridamole, clopidogrel, ticlopidine).

**Excipients à effet notoire :** Sodium

L01 : 190912  
UT AV : 05/2023  
PPV : 148,50DH

756.496.02.17

à n  
de



p. gélule  
..... 50,00 mg

p. gélule  
..... 150,00 mg

et 4 gélules.



vantes.

intertrigo interorteils), les tinea corporis (Herpès circiné), les  
ients immunodéprimés, soit en raison d'une affection maligne  
(IDA).

ipalement chez les patients atteints du SIDA.  
d'entretien des cryptococcoses chez les patients atteints du  
disséminées et profondes (candidémies, péritonites), les  
ients présentant une affection maligne et qui sont prédisposés  
que et à la radiothérapie.

vants :  
arentés,

commander son emploi.

**de votre médecin ou de votre pharmacien.**

n et les conditions particulières de chaque patient.  
dose unique de 150 mg.

du laboratoire et les paramètres cliniques prouvent que  
lle sorte à éviter une récurrence de l'infection.  
istrée en une seule prise.

50 à 100 mg de fluconazole une fois par jour pendant 7 à

même dose notamment chez les patients immunodéprimés.  
du traitement est en fonction de la réponse clinique.

**es autres candidoses invasives** : La dose habituelle est de  
vants. En fonction de la réponse clinique, la dose peut être  
ndra de la réponse clinique.

**ses** : La dose usuelle est de 400 mg le premier jour et de  
ment est de 6 à 8 semaines.

**intertrigo interorteils), corporis (l'herpès circiné), cruris**  
mandée est de 150 mg une fois par semaine pendant 2 à  
ngé à 6 semaines.

mandée est de 150 mg une fois par semaine. Le traitement  
ctés grâce à la croissance d'ongles sains.

ro-intestinaux et cutanés sont les effets secondaires les plus  
des douleurs abdominales, des diarrhées et des flatulences.

s à type de toxidermies bulleuses (syndrome de Stevens-  
JA), réactions anaphylactiques.

matiques, généralement réversibles à l'arrêt du traitement ; des  
s à des taux sériques élevés de fluconazole, d'évolution

**ffet non souhaité et gênant qui ne serait pas mentionné**

البريك  
RIC-PHAR

est Aïn Harrouda,  
° 322 (ex R.S 111)  
630 Mohammedia- Maroc.

# CARTEXAN® 400 mg

Chondroline sulfate sodique

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même s'il souffre de la même maladie.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

## COMPOSITION

Substance active : Chondroline sulfate sodique : 400 mg

## Excipients :

Stéarate de magnésium.  
Composants de la gélule : Erythrosine D&C Red 3 (E127), Oxyde de fer jaune (E172), Dioxyde de titane (E171).

## CLASSE PHARMACO THERAPEUTIQUE

Autres agents anti-inflammatoires et antirhumatismaux, médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (code ATC : M01AX05).

## INDICATIONS :

Cartexan est indiqué pour le traitement symptomatique de l'ostéoartrite.

## CONTRE INDICATIONS :

Ne prenez jamais CARTEXAN dans les cas suivants :

Allergie (hypersensibilité) à la chondroline ou à l'un des excipients

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

### Posologie :

Adultes : (incluse les personnes âgées)

La dose journalière recommandée est de 800 mg prises de préférence comme dose unique (2 gélules par jour), pendant au moins 3 mois.

Pour les symptômes d'inflammation sévère, la dose recommandée peut être augmentée jusqu'à 1200 mg (3 gélules prises par jour) comme dose unique ou en 2 sous doses) pour les 4 à 6 premières semaines de traitement, suivies par 800 mg comme dose journalière jusqu'à la fin de la période des 3 mois de traitement.

La thérapie comprend des traitements répétés, chaque traitement comprend une prise de médicament de 3 mois au moins, et, dépendant de la symptomatologie du patient, peut être suivie par 2 mois d'intervalle libres de traitement (du à l'effet retard du produit).

### Enfants et adolescents :

CARTEXAN n'est pas recommandé pour les enfants et les adolescents âgés de moins de 18 ans, étant donné le manque de données sur l'efficacité et la sécurité.

### Insuffisants rénaux :

Il existe une petite expérience disponible concernant l'utilisation de CARTEXAN par les patients insuffisants rénaux. Ces patients doivent donc être traités avec une attention spéciale. (Voir partie « mises en gardes et précautions d'emploi »)

### Insuffisants hépatiques :

Il n'y a pas d'expérience concernant l'utilisation de CARTEXAN par les patients insuffisants hépatiques. Ces patients doivent donc être traités avec une attention spéciale. (Voir partie « mises en gardes et précautions d'emploi »)

### Voie d'administration :

#### Voie orale.

CARTEXAN peut être pris avant, pendant ou après les repas. Pour les patients avec un historique clinique d'une intolérance aux médicaments, il est recommandé de prendre le médicament après les repas.

Les gélules doivent être avalées, sans être mâchées, avec suffisamment de liquide.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

## MISES EN GARDES SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

### Insuffisance rénale et/ou cardiaque :

Dans de très rares occasions (<1/10000), les patients atteints d'une insuffisance rénale ou cardiaque ont souffert d'œdème et/ou rétention d'eau. Ceci peut être attribué à l'effet osmotique du sulfate de chondroline.

### Insuffisance hépatique :

Il n'y a pas d'expérience disponible concernant l'utilisation de CARTEXAN par des patients souffrant d'insuffisance hépatique. Ces patients doivent donc être traités avec une attention spéciale.

Aucun effet plaquettaire n'a été détecté lors de la recherche clinique ni lors de la pharmacovigilance pour les doses recommandées.

Cependant, sur des rats et utilisant des doses très élevées comparées avec les doses recommandées chez les humains, 50 mg/kg/jour (équivalent à 4000 mg chez les humains/jour), un léger effet antiplaquettaire a été observé. Cette activité doit être prise

en compte lorsque le produit est utilisé conjointement à des médicaments antiagrégants plaquettaires (acide acétylsalicylique, dipyridole, clopidogrel, dazox, trifluoré et ticlopidine).

Excipients à effet notoire : Sodium

LOT : 191835  
UT AV : 11/2023  
PPV:148,50DH

NOTICE: INFORMATION POUR  
1. DENOMINATION :

**MYCODERME® 1 % Pou**  
**Flacon de 30**  
**DCI : Nitrate d'éco**

LOT : 08219028  
PER : 10/2024  
PPU : 49,00 DH

Veuillez lire attentivement cette notice  
médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin.  
Si vous avez toute autre question,  
demandez plus d'information à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**2. COMPOSITION DE MYCODERME® 1 % Poudre dermique**  
**Composition en substance active**

La substance active est le nitrate d'éconazole

**MYCODERME® 1% Poudre dermique** : chaque flacon de 30 g contient 0,3 g de nitrate d'éconazole.

**Composition en excipients**

Les autres composants sont :

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| Acide borique .....            | 3 g            |
| Oxyde de zinc.....             | 4,5 mg         |
| Stéarate de magnésium .....    | 0,6 g          |
| Silice colloïdale anhydre..... | 0,9 g          |
| Talc.....                      | q.s.p. 30,00 g |

**LISTE DES EXCIPIENTS À EFFET NOTOIRE**

Ce médicament contient de l'acide borique.

**3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU TYPE D'ACTIVITE**

**MYCODERME® 1 % Poudre dermique** fait partie d'un groupe de médicaments appelés dérivés de l'imidazole doué d'une activité antifongique et antibactérienne.

**4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES**

Ce médicament contient un antifongique (actif contre les champignons) de la famille des imidazolés.

Ce médicament est préconisé dans le traitement de certaines mycoses (affections cutanées dues à des champignons).

**Candidoses :**

Traitement de mycose des plis macérées : intertrigo génital, sous-mammaire, interdigital...

Dans certains cas, il est recommandé de traiter simultanément le tube digestif.

**Dermatophyties :**

Traitement :

Intertrigo macéré génital et crural.

Intertrigo des orteils.



avant cette notice ?

1. Qu'est-ce que DERMOVAL 0,05 %, crème et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser DERMOVAL 0,05 %, crème ?
3. Comment utiliser DERMOVAL 0,05 %, crème ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DERMOVAL 0,05 %, crème ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

## 1. QU'EST-CE QUE DERMOVAL 0,05 %, crème ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : corticostéroïde d'activité très forte (groupe IV) - code ATC : D07AD01

Ce médicament contient du propionate de clobétasol qui est un corticoïde local d'activité très forte, il est destiné à une application cutanée.

Il est indiqué généralement dans certaines maladies de la peau peu étendues (surface limitée) :

- En plaques et ne répondant pas à d'autres traitements :
  - psoriasis (plaques épaisses, rouges et inflammatoires, souvent recouvertes de squames brillantes),
  - lupus érythémateux discoïde (plaques associant rougeur, vaisseaux superficiels visibles et squames épaisses)
  - lichen (plaques rouges ou violacées provoquant des démangeaisons).
- Cicatrices hypertrophiques (en relief)
- Lésions non infectées, peu étendues ne répondant pas à un corticoïde d'activité moins forte et limitées en surface.

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DERMOVAL 0,05 %, crème ?

N'utilisez jamais DERMOVAL 0,05 %, crème :

- si vous êtes allergique à la substance active, le propionate de clobétasol ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament mentionnés dans la rubrique 6,
- en cas de lésions ulcérées,
- en cas d'acné,
- en cas de rosacée (affection de la peau, siégeant sur le visage, provoquant des rougeurs sur le nez, les joues, le menton, le front ou la totalité du visage, pouvant engendrer une dilatation des petits vaisseaux sanguins et l'apparition de boutons (papules) parfois remplis de pus (pustules),
- en cas d'infections non traitées : d'origine virale (herpès, zona, varicelle...), bactérienne (exemple : impétigo...), mycosique (dues à des champignons microscopiques) ou parasitaire...,
- chez le nourrisson (enfant âgé de moins de 2 ans),
- en cas de dermatite péri-orale (éruption et rougeur autour de la bouche).

## Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser DERMOVAL 0,05 %, crème.

En raison du risque d'insuffisance corticosurrénalienne, un traitement chez l'enfant de moins de 12 ans doit être soumis à une stricte surveillance médicale, avec un traitement limité à quelques jours.

# Curtec®

## Cétirizine

# 10 mg

### COMPOSITION :

Cétirizine (DCI) Dichlorhydrate ..... 10 mg  
Excipients ..... q.s.p. 1 comprimé

### FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé pelliculé sécable.

### MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

### CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antihistaminique H1.

### DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est un antihistaminique. (Il s'oppose aux effets de certaines substances telles que l'histamine libérées dans l'organisme au cours de l'allergie).

Il est préconisé :

- Chez l'adulte pour traiter les symptômes :
  - de la rhinite allergique saisonnière (ex. rhume des foins) ou perannuelle,
  - de l'urticaire,
  - des conjonctivites d'origine allergique.

Chez l'enfant de 6 à 12 ans pour traiter les symptômes :

- de la rhinite allergique saisonnière (ex. rhume des foins) ou perannuelle,
- de l'urticaire.

### COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

Adulte et enfant de plus de 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 prise, soit 1 comprimé 1 fois par jour.

Enfant de 6 à 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 ou 2 prises, soit 1 comprimé 1 fois par jour ou ½ comprimé 2 fois par jour.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Si vous êtes allergique à l'un des composants de CURTEC, à l'hydroxyzine, à la lévocétirizine ou à l'éthylène diamine,
- Insuffisance rénale,
- Chez l'enfant de moins de 6 ans.



PPV:50DH00  
PER:02/23  
LOT:J522



6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

#### 4- ما هي التأثيرات

وصف الآثار غير ال

مثل جميع الأدوية

آثار جانبية، ولكنها

تفاقم مرض قلبي (الذبحة الصدرية، قصور القلب، اضطرابات نظم القلب)

• علامات فرط التدرق (اختلاجات، أرق، سرعة التهيج، رجفة،

ارتفاع حرارة الجسم، عرق، نحول سريع، اسهال) : في هذه

الحالة، يجب استشارة طبيبك،

• عند الطفل، إمكانية زيادة معدل الكالسيوم في البول (كمية

كبيرة من الكالسيوم في البول)،

• ردود فعل حساسية محتملة (فرط التحسس) العلامات و

الأعراض الأكثر شيوعا هي : طفح جلدي، حكة، إنتفاخ في

الرقبة والوجه، و صعوبة في التنفس و احمرار.

من ليفوتيروكس ( أكثر من 2 ساعة

في حالة الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، وخاصة

شرايين القلب التاجية (احتشاء عضلة القلب، الذبحة الصدرية،

اضطراب نظم قلبي)، أو ارتفاع ضغط الدم،

في حالة عدم كفاية وظيفة الغدة الكظرية (انخفاض إنتاج بعض

الهرمونات).

في جميع هذه الحالات، يوصف العلاج بالهرمونات الغدة

الدرقية لكل حالة على حدة، يجب مراقبة المرضى بانتباه و

بشكل خاص.

هذا الدواء يحتوي على اللاكتوز. لا ينصح استخدامه عند

Lapp المرضى الذين يعانون من التعصب الجلاكتوز، ونقص اللاكتاز

أو سوء امتصاص الجلوكوز أو الجلاكتوز (أمراض وراثية نادرة).

إذا قمت بتغيير العلامة التجارية خلال فترة علاجك مع

ليفوتيروكسين، دواء أصلي أو جنيس، فإن طبيبك قد يطلب منك

( TSH إجراء بعض التحليلات البيولوجية الإضافية ) قياس

وخاصة إذا كان لديك سرطان الغدة الدرقية، و إذا كنت مصاب

باضطرابات قلبية، إذا كنت حاملا، إذا كنت كبير في السن أو إذا

كان المريض طفلا.

# EXODERIL<sup>®</sup>

## Composition

**EXODERIL crème** : 1 g contient :

Chlorhydrate de natifine

Alcool benzylrique comme produit de conservation

**EXODERIL SOLUTION** : 1 ml contient :

Chlorhydrate de natifine

Propylène – Glycol

## Propriétés et activité

**EXODERIL** crème et solution sont indiquées dans les infections mycosiques à *Trichophyton* par le principe actif la natifine.

La natifine agit sur les dermatophytes (du genre *Trichophyton*, *Microsporum*, les levures (du type *Candida*, *Pityriasis versicolor*), les moisissures (d'autres champignons (par ex. *Sporothrix schenckii*)).

La natifine exerce une action primaire fongicide sur les dermatophytes et les variétés d'aspergillus et en fonction de la souche - une action fongicide ou fongistatique sur les levures. A côté de son action antimycotique, **EXODERIL** possède aussi une activité antibactérienne sur différents germes à Gram positif et négatif qui accompagnent souvent les mycoses.

**EXODERIL** monte aussi, dans le cadre de l'emploi clinique, une activité anti-inflammatoire inhérente à la substance qui conduit rapidement à une réduction des signes inflammatoires, surtout du prurit. En raison de sa bonne pénétration et de son long maintien dans les différentes couches cutanées à des concentrations antimycotiques efficaces, **EXODERIL crème et solution** sont indiquées dans le traitement local sous forme d'une application par jour.

## Indications

- Mycoses de la peau ou des plis cutanés (Tinea manum, Tinea pedis)
- Mycoses des ongles (onychomycoses)
- Candidoses cutanées
- Pityriasis versicolor
- Dermatomycoses (avec ou sans prurit),
- Variétés d'aspergillus
- Sporothrix schenckii
- **EXODERIL solution** et particulièrement indiquée dans le traitement des mycoses des régions cutanées plaites hyperkératosiques

## Mode d'emploi

**EXODERIL crème et solution** s'appliquent exclusivement sur la peau ou les ongles.

## Posologie

Appliquer **EXODERIL crème et solution** une fois par jour sur la région cutanée infectée, nettoyée et minutieusement séchée, ainsi que sur la région périélastomelle ! Pour prévenir les rechutes, poursuivre le traitement par **EXODERIL** pendant au moins deux mois deux semaines au-delà de la guérison clinique.

## Contre-indications

Hypersensibilité à la natifine ou à l'alcool benzylrique ou au propylène-glycol (agent de conservation). Ne pas appliquer la solution sur des plaies ouvertes et des fragades.

## Grossesse et période d'allaitement

Aucun effet ne peut être prévu sur l'embryon ou sur le nourrisson à la suite d'un emploi correct. Les études tératologiques n'ont révélé aucun signe permettant de conclure à une action embryotoxique de la natifine.

## Actions indésirables

Des irritations locales telles que sensation de sécheresse, rougeur et brûlure peuvent survenir occasionnellement.

Les actions indésirables sont toujours réversibles et n'imposent pas, en général, un arrêt du traitement.

## Mise en garde et précautions d'emploi particulières

**EXODERIL crème et solution** : ne doivent pas être mises au contact des yeux

## Stockage

**EXODERIL crème et solution** : A conserver au-dessous de 30° C.

## Conservation

Correctement conservées **EXODERIL crème et solution** restent stables jusqu'à la date de péremption indiquée sur l'emballage.

## Présentation

- **EXODERIL crème** : tube de 15 g
- **EXODERIL Solution** : Flacon de 10 ml

" Ne pas laisser les médicaments à la portée des enfants "

سوتهما  
SOTHEMA

Fabriqué par les Laboratoires **SOTHEMA**,  
B.P. N° 1 - Bouskoura - Casablanca - Maroc  
MME L. TAZI, Pharmacien Responsable  
Sous licence SANDOZ