

# 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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



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

N° W19-455156

40090

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5368 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITEE  
 Nom & Prénom : DRISSI KAMILI FATIMA ZAHRA  
 Date de naissance : 25-01-1960  
 Adresse : 12 Imbale 4, ALHAMBRA1, RIAD AND A LOUS  
 HAY RIAD. RABAT  
 Tél. : 06 61 49 1138 Total des frais engagés : 934,80

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : Mme Driissi Kamil Fatima Zahra Age:  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Allergie  
 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 : RABAT Le : 10/03/2020  
 Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-455156

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 5368  
 Nom de l'adhérent(e) : DRISSI K.F.Z.  
 Total des frais engagés : 934,80  
 Le : 10/03/2020



# 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
18/08/20			Gratuit	Dr. ALI dd 6118

Dr. ALI  
Spécialiste en Chirurgie Viscérale  
Hôpital Cheikh Zaid

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie RELAIS DES MEDECINS R. Riad Al Andalous, Prestige 35 Al Ambrak - Hay Riad - Rabat Tél: 05 37 57 01 06 - Fax: 05 37 57 02 05 INPE: 102062676 - ICE: 00161396700000	18/08/20	494,80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pr. HAMMAN Lahcen Spécialiste en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale INPE: 10110907 Hôpital Cheikh Zaid	18/08/20		1110,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTIO



Rabat, le 18/08/20

Docteur .....

**Nom et Prénom : Mme Drissi Kamili Fatima Zahra**

**1. Mobic 15mg** 61,50

Un cp par jour au repas du soir ou à midi pendant 07 jours ensuite prendre un demi-comprimé (7.5) par jour pendant 7 autres jours.

**2. Relaxol 500mg** 53,10 x 3

2cp matin et 2 cp soir pendant 07 jours.

**3. IPP 20mg** 98,00

Un cp le soir pendant 14 jours.

**4. Artiflex Roll on** 89,50 x 2

2 à 3 Applications par jour

Pr. AL BAROUDI Saad  
Spécialiste en Chirurgie Viscérale  
INPE: 101100618  
Hôpital Cheikh Zaïd  
Signé

# Mobic® 15 mg ○

Meloxicam

14 comprimés sécables



6 118000 040569

Ingelheim

PPV: 61DH50

PER: 02/23

LOT: J596

**IMMEDIATEMENT UN MEDECIN OU UN SERVICE MEDICAL D'URGENCE en cas :**

- d'hémorragie gastro-intestinale  
(rejet de sang par la bouche, présence de sang dans les selles ou coloration noire des selles).  
Des cas d'hémorragies fatales sont rapportés avec l'ensemble des anti-inflammatoires non stéroïdiens.
- de signes évocateurs d'une allergie à ce médicament, en particulier crise d'asthme, brusque gonflement du visage et du cou, décollement de la peau (cf. effets indésirables éventuels).

Ce médicament existe sous d'autres dosages ou d'autres formes pharmaceutiques qui peuvent être plus adaptés.

Dans tous les cas, la dose maximale recommandée de 15 mg / jour ne doit jamais être dépassée.

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : **le meloxicam.**

Vous ne devez pas prendre en même temps que ce médicament d'autres médicaments contenant des anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou de l'aspirine.

Lisez attentivement les notices des autres médicaments que vous prenez afin de vous assurer de l'absence d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou d'aspirine.

## Grossesse - Allaitement

### Grossesse

Il est recommandé d'éviter la prise de ce médicament au cours de la grossesse.

Votre médecin peut être amené, si nécessaire, à vous prescrire ce médicament au cours des 6 premiers mois de votre grossesse.

**Toutefois, EN AUCUN CAS, CE MEDICAMENT NE DOIT ETRE PRIS A PARTIR DU 3<sup>ème</sup> TRIMESTRE DE LA GROSSESSE**, car ses effets sur votre enfant peuvent avoir des conséquences graves, notamment sur un plan cardio-pulmonaire et rénal, et cela, même avec une seule prise.

### Allaitement

Par mesure de précaution, il convient d'éviter d'utiliser ce médicament pendant l'allaitement.



رولاكسول® 500ملغ/2ملغ

باراسيتامول/ثيوكولشيكوزيد

20 قرصا

عن طريق الفم

Relaxol 500mg/2mg

احترم المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER.:10 2022

LOT :19E007

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V :53DH10



**RELAXOL + GROSSESSE = INTERDIT**

Ne pas utiliser chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace ; la femme enceinte.

رولا

باراسيتامول

أقراص

يخضع هذا ال

المربطة بالس

انظر نهاية ال

يرجى الاط

• احتفظ ب

إذا كان لدي

هذا الدواء

مشابهة، لأ

لاحظت أي

1. ما هو رو

يوصف هذا

البالغين والمر

2. ما هي اله

لا تتناول أبدا

و/أو باراسيتا

أو قد تصبحي

تستعملين وس

الكبد. • لدى

في حالة الشك

يجب الانتباه

احتياطات الام

ينطلب ظهور

في حالة جرعة

الفور.

يحتوي هذا الد

تتناول أدوية أو

طبية.

لا تجمع بينها

تحذيرات خاصة:

في حالة ألم المعد

احترم غاما جرعات

جرعة أكبر (أي 8 أقراص من رولاكسول) أو لمدة تتجاوز 7 أيام. وذلك لأن المواد المكونة في

جسمك عندما تتناول ثيوكولشيكوزيد بجرعات مرفوعة قد تتسبب في إصابات في بعض

الخلايا (عدد غير عادي من الصفيحات). ولتت البرهنة على ذلك خلال دراسات لدى

الحيوانات والدراسات في المختبر. لدى الإنسان، يعتبر هذا النوع من الإصابات الخطيرة عامل







IPP®

20 mg

Oméprazole

Boîtes de 7, 14, 28 et 56 gélules

IPP®

Oméprazole 20 mg  
Boîte de 28 gélules

PPV : 95,00 DH

6 118000 191049

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.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que l'IPP® et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre l'IPP® ?
3. Comment prendre l'IPP® ?
4. Quels sont les effets indésirables ?
5. Comment conserver l'IPP® ?
6. Informations supplémentaires

1. Qu'est-ce que l'IPP® et dans quel cas est-il utilisé ?

IPP® est un inhibiteur spécifique de la pompe à protons H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> ATPase de la cellule pariétale gastrique. Il diminue la sécrétion d'acide dans l'estomac, quelque soit la nature de la stimulation.

IPP® 20 mg gélules est indiqué dans :

- Adultes :**
- Traitement des ulcères gastriques et duodénaux.
  - Prévention des récurrences d'ulcères gastriques et duodénaux.
  - En association à des antibiotiques appropriés, éradication de *Helicobacter pylori* dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale.
  - Traitement des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
  - Prévention des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque.
  - Traitement de l'œsophagite par reflux.
  - Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une œsophagite par reflux.
  - Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique.
  - Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison.

**Population pédiatrique :**

**Enfants à partir d'un an et/ou à 10 kg :**

- Traitement de l'œsophagite par reflux.
- Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien.

**Enfants de plus de 4 ans et adolescents :**

- En association à des antibiotiques, traitement de l'ulcère duodénal consécutif à une infection par *H. pylori*.

**2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre l'IPP® ?**

**Contre-indications :**

**Ne prenez jamais l'IPP® en cas de :**

- Hypersensibilité connue à l'Oméprazole ou à l'un des composants.
- Hypersensibilité à un autre inhibiteur de la pompe à protons.

Co-administration avec nelfinavir (utilisé pour traiter l'infection par le VIH).

Mises en garde :

- IPP® 20 mg peut masquer des symptômes d'autres maladies. Par conséquent, avant que vous ne commenciez à prendre l'IPP® 20 mg ou lorsque vous souhaitez arrêter le traitement, vous devez informer immédiatement votre médecin si l'un des éléments suivants se produit :
  - Vous perdez du poids sans raison ou si vous avez des problèmes à avaler.
  - Vous avez des douleurs à l'estomac ou une indigestion.
  - Vous vomissez de la nourriture ou du sang.
  - Vous avez des selles noires (teintées de sang).
  - Vous souffrez de diarrhée sévère ou persistante, car l'Oméprazole a été associé à une faible

augmentation de diarrhées infectieuses.

Si vous avez des problèmes hépatiques sévères.

IPP® peut favoriser le développement de bactéries intragastriques par diminution du volume et de l'acidité du suc gastrique.

La prise d'un inhibiteur de la pompe à protons tel que l'IPP® 20 mg en particulier sur une période supérieure à un an, peut légèrement augmenter le risque de fracture de la hanche, du poignet ou des vertèbres. Prévenez votre médecin si vous souffrez d'ostéoporose ou si vous prenez des corticoïdes (qui peuvent augmenter le risque d'ostéoporose).

**Précautions d'emploi :**

- Sujet âgé : aucun ajustement des doses n'est nécessaire.
- Insuffisance rénale ou hépatique : l'adaptation de la posologie n'est pas nécessaire.
- En cas d'ulcère gastrique il est recommandé de vérifier la bénignité de la lésion avant traitement. En cas de doute, demander l'avis de votre médecin.

IPP® est un médicament, ne pas le laisser à la portée des enfants.

**Interactions avec d'autres médicaments :**

Contre-indiquées : nelfinavir.  
Nécessitant des précautions d'emploi : Vous devez informer votre médecin ou pharmacien si vous prenez l'un des médicaments suivants : anticonvulsifs pyrazolés, digoxine, diazépam, phénytoïne, anticoagulants, anti-vitamines K, rifampicine, atazanavir, tacrolimus, methotrexate, cyclosporine, millepertuis, saquinavir, erlotinib, warfarine, clostazol.

**Interactions avec les aliments et les boissons :**

Les gélules peuvent être prises avec de la nourriture ou à jeun.

**Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapies alternatives :** Sans objet.

**Utilisation pendant la grossesse et allaitement :**

• L'utilisation de l'Oméprazole ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.

• Nécessité d'un avis médical par Internet, mais n'a probablement pas d'influence sur l'enfant s'il est utilisé à doses thérapeutiques.

**Sportifs :** sans objet.

**Effets sur l'aptitude à conduire un véhicule ou à utiliser des machines :**

IPP® 20 mg n'est pas susceptible d'enchaîner des effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines. En cas d'effets secondaires tels qu'étourdissements et troubles visuels, vous ne devez pas conduire de véhicules ou utiliser des machines.

Ce médicament contient du saccharose, son indication est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du fructose ou un déficit en sucrase isomaltase (maladies héréditaires).

Ce médicament contient du mannitol et peut provoquer des troubles digestifs (diarrhée). Ce médicament contient du parahydroxybenzoate et peut provoquer des réactions allergiques.

**3. Comment prendre l'IPP® ?**

Respecter strictement la posologie prescrite par le médecin.

IPP® 20 mg est administré par voie orale.

Il est recommandé de prendre les gélules d'IPP® le matin, et de les avaler en entier avec un demi-verre d'eau. Les gélules ne doivent être ni mâchées ni croquées.

**Posologie :**

**Adultes :**

• Traitement gastrique ou duodénal et reflux gastro-œsophagien : 20 mg soit 1 gélule / jour pendant 4 à 6 semaines.

• Œsophagite par reflux gastro-œsophagien : 20 mg soit 1 gélule / jour pendant 4 semaines à 6 semaines.

• Prévention et traitement des lésions dues aux traitements par AINS : 20 mg soit 1 gélule / jour pendant 4 à 8 semaines selon la sévérité et les résultats obtenus.

• Syndrome de Zollinger-Ellison : 60 mg / jour soit 3 gélules / jour, cette posologie doit être ajustée individuellement et la durée du traitement sera en fonction des résultats cliniques.

• Traitement séquentiel de l'éradication de *H. pylori* : la dose recommandée est de 20 mg de l'IPP® 20 mg deux fois par jour pendant une semaine.

Votre médecin va vous prescrire en même temps deux antibiotiques parmi l'amoxicilline, la clarithromycine et la métronidazole.

**Enfants :**

• Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien tels que brûlures et régurgitations acides.

• Les enfants âgés de plus de 1 an et pesant plus de 10 kg peuvent prendre l'IPP® 20 mg. La

posologie dépendra du poids de l'enfant et le médecin décidera de la dose correcte à administrer.

Traitement et prévention des ulcères provoqués par une infection par *H. pylori*.

Les enfants âgés de plus de 4 ans peuvent prendre l'IPP® 20 mg. La posologie dépendra du poids de l'enfant et le médecin décidera de la dose correcte à administrer.

• Votre médecin prescrira à votre enfant deux antibiotiques en même temps : l'amoxicilline et la clarithromycine.

En raison du risque de fausse route chez les enfants de moins de 6 ans et chez les patients ayant des difficultés de déglutition, ouvrir les gélules et avaler le contenu avec un demi-verre d'eau non gazeuse, un jus de fruit (jus d'orange, pomme, mandarine) ou compote de pomme.

On doit conseiller aux patients de prendre le médicament immédiatement (ou dans les 30 minutes) et de toujours remuer le mélange juste avant de le boire, puis de rincer le verre avec un demi-verre d'eau et le boire.

**Surdosage :**

Hormis le traitement symptomatique, aucune recommandation thérapeutique spécifique ne peut être donnée en cas de surdosage.

Conduite à tenir en cas d'omission d'une ou plusieurs doses : sans objet.

**Si vous arrêtez de prendre l'IPP® 20 mg, informez votre médecin ou pharmacien.**

**4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?**

Si vous remarquez un des effets indésirables suivants, ceux-ci étant rares mais sérieux, arrêtez de prendre l'IPP® 20 mg et contactez immédiatement un médecin :

• Apparition soudaine d'une respiration sifflante, gonflement des lèvres de la langue et de la gorge ou du corps, éruptions cutanées, perte de connaissance ou difficultés à avaler (réactions allergiques graves).

• Rougeurs de la peau avec des bulles ou une desquamation. Parfois, les bulles peuvent être importantes et s'accompagner d'un saignement au niveau des lèvres, des yeux, de la bouche, du nez et des parties génitales. Ceci peut correspondre à un syndrome de Stevens-Johnson ou à une nécrolyse épidermique toxique.

• Jaunisse, urines foncées et fatigue peuvent être des symptômes d'une maladie du foie.

**Les autres effets indésirables sont :**

• Effets indésirables fréquents (peuvent affecter jusqu'à 1 personne sur 10) :

• Maux de tête.

• Effets sur l'estomac ou l'intestin : diarrhée, douleurs à l'estomac, constipation, flatulence.

• Nausées ou vomissements.

• Effets indésirables peu fréquents (peuvent affecter jusqu'à 1 personne sur 100) :

• Gonflement des pieds et des chevilles, troubles du sommeil (insomnie).

• Etourdissements, fourmillements, somnolence.

• Vertiges.

• Modifications des résultats des tests sanguins contrôlant le fonctionnement de votre foie.

• Eruptions cutanées, urticaire et démangeaisons.

• Malaise général, manque d'énergie.

• Effets indésirables rares (peuvent affecter jusqu'à 1 personne sur 1000) :

• Troubles sanguins tels qu'une diminution du nombre de globules blancs ou de plaquettes. Ces effets peuvent provoquer une faiblesse, des ecchymoses ou faciliter la survenue d'infections.

• Réactions allergiques parfois très graves incluant le gonflement des lèvres, de la langue et de la gorge, de la fièvre, une respiration sifflante.

• Diminution du taux de sodium dans le sang. Celle-ci peut provoquer une faiblesse, des vertiges, des nausées et vomissements.

• Agitation, confusion ou dépression.

• Troubles du goût.

• Troubles de la vue, tels que vision trouble.

• Respiration sifflante ou souffle court (bronchospasme).

• Sécheresse buccale.

• Inflammation de l'intérieur de la bouche.

• Infection appelée « muguet » qui peut affecter l'intestin et est causé par un champignon.

• Troubles hépatiques incluant la jaunisse, pouvant entraîner une uricémie, une polyurie en jaune, des urines sombres et de la fatigue.

• Perte de cheveux (alopécie).

• Eruption cutanée lors d'une exposition au soleil.

• Douleurs articulaires (arthralgie) ou musculaires (myalgie).

• Problèmes rénaux sévères (néphrite interstitielle).

• Augmentation de la sueur.

• Effets indésirables très rares (peuvent affecter jusqu'à 1 personne sur 10 000) :

• Modification du nombre de cellules du sang

incluant l'agranulocytose (déficit en globules blancs) et pancanopie.

• Aggravité :

• Hallucinations visuelles, sensorielles ou auditives.

• Troubles hépatiques sévères entraînant une inflammation hépatique et une inflammation du cerveau.

• Apparition soudaine d'éruptions cutanées sévères, bulles ou desquamations importantes de la peau pouvant être associées à une fièvre importante et à des douleurs articulaires (syndrome polymorphe, nécrolyse épidermique de Stevens-Johnson).

• Faiblesse musculaire.

• Gonflement des seins chez l'homme.

• Effets indésirables de fréquence indéterminée (ne peut pas être estimé à partir des données disponibles) :

• Inflammation de l'intestin (entraînant des diarrhées).

Si vous prenez l'IPP® 20 mg, pendant plus de trois mois, il est possible que le taux de magnésium dans votre sang diminue, avec risque de fatigue, contractions musculaires involontaires, désorientation, convulsions, sensations vertigineuses, accélération du rythme cardiaque. Vous devez consulter votre médecin dès que possible si vous avez une infection avec des symptômes tels que de la fièvre avec une fatigue générale très importante, ou de la fièvre avec des symptômes d'infection locale tels que des douleurs dans la gorge, la bouche, ou des difficultés à uriner. Si vous avez ces symptômes, un déficit de globules blancs (agranulocytose) pourra être éliminé par un test sanguin. Il est important que vous donniez des informations sur vos médicaments dans ce cas.

• Si vous décidez d'arrêter de prendre le médicament, tout éventuel effet indésirable survenu lors du traitement par l'IPP® traitement séquentiel.

**5. Comment conserver l'IPP® ?**

Conserver à une température < 30 °C et à l'abri de l'humidité.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte.

Ne jetez pas ce médicament au tout-à-l'égout « ni avec les ordures ménagères ».

Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

**6. Informations supplémentaires :**

**Que contient l'IPP® ?**

Oméprazole.....20 mg

Excipients : saccharose, sucre sphère, mannitol, carbonate de calcium, hydrogènephosphate disodique, sodium laurylsulfate, parahydroxybenzoate de sodium, méthacrylate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle sodique, PVP 30, hydroxypropylmethylcellulose, phthalate de hydroxypropylmethylcellulose, alcool cétyle, dioxyde de titane.....

Excipients à effet notoire : saccharose, mannitol, sels de sodium, parahydroxybenzoate.

**Nom et adresse de l'EPI titulaire de l'AMM MAROC :**

G. LENCIC, N° 13, Z. d'Ind. Pharm. Saïah - Bouskoura - 20180 - Casablanca - Maroc

**Nom et adresse du fabricant (quand celui-ci n'est pas titulaire de l'AMM) :** Neant

**La dernière date à laquelle cette notice a été révisée :** Décembre 2017

**Conditions de prescription et de délivrance :**

Liste II - Sous prescription médicale

Informations réservées aux professionnels de santé

**IPP® Gélules - Boîte de 7**

IPP® 20 mg / 293/17DMP/14/NRP

**IPP® Gélules - Boîte de 14**

IPP® 20 mg / 137/17DMP/21/NRQR

**IPP® Gélules - Boîte de 28**

IPP® 20 mg / 136/17DMP/21/NRQR

**IPP® Gélules - Boîte de 56**

IPP® 20 mg / 293/17DMP/21/NRP

**LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES GALENICA**

Casablanca - Maroc

Agdr 12/17  
NPPAV9VFA01



# أرتيفليكس® رول أون

تقديم الشكل :

رول-أون من 60 مل

- استعمال خارجي.

التركيب :

ماء، كابرليك/كابريك اتريكليسريد، ايزوبروبيل كحول، كليسيرين، الكيل اكريلات كروسيليمير، مانطول، ميتيل لاكتات، C10-30 كابسيكوم مستخلص فريسيانس، مستخلص أوبا أورسينا، مستخلص هارباغوفيتوم بروكانانس، مستخلص أزهار أميكا مونتانا، مستخلص سانتيللا أسياتيك، مستخلص هاميليس فيرجينيانا، مستخلص ثيموس فولغاروس، مستخلص أوبا أورسينا، مستخلص أوجينيا كاريوفيلوس، بي أو جي 40- زيت هيدروجيناتيد كاستور، ميتيل سالييلات، بينوسيوميلوليف زيت، زيت أوجينيا كاريوفيلوس، زيت روزمانينوس أوفيسيناليس، زيت لافاندولا أنغوستيفوليا، زيت ثيموس فولغاروس، حمض ديهيدروأستيك، كحول البنزيل.

الخصائص :

فعال ضد الالتهابات ومسكن طبيعي للألم

أحدثت هذه التركيبة لتخفيف آلام العضلات والمفاصل الحميدة المرتبطة بالتهاب المفاصل وبالجهد

دواعي الاستعمال :

- تصلب العضلات

- تمزقات عضلية

- توصيات

أرتيفليكس رول أون يخفف الألم ويزيد في الراحة وليونة المفاصل.

طريقة الاستعمال :

- استعمال أرتيفليكس رول 3 أو 4 مرات في اليوم

- اجتنب ملامسة العينين والأغشية المخاطية أو الجروح الجلدية

صنع من طرف مختبرات إركوس المغرب

بترخيص من مختبرات إركوس إيطاليا

لفائدة "راموفارم".

**ARTIFLEX®**  
**ROLL-ON**



*Soin Naturel de Confort  
des Articulations et des Muscles*

**TIFLEX® ROLL on**

# أرتيفليكس® رول أون

تقديم الشكل :

رول-أون من 60 مل

- استعمال خارجي.

التركيب :

ماء، كابرليك/كابريك اتريكليسريد، ايزوبروبيل كحول، كليسيرين، الكيل أكريلات كروسيليمير، مانطول، ميتيل لاكتات، C10-30 كابسيكوم مستخلص فريسيانس، مستخلص أوبا أورسينا، مستخلص هارباغوفيتوم بروكانانس، مستخلص أزهار أميكا مونتانا، مستخلص سانتيللا أسياتيك، مستخلص هاميليس فيرجينيانا، مستخلص ثيموس فولغاروس، مستخلص أوبا أورسينا، مستخلص أوجينيا كاريوفيلوس، بي أو جي 40- زيت هيدروجيناتيد كاستور، ميتيل سالييلات، بينوسيوميلوليف زيت، زيت أوجينيا كاريوفيلوس، زيت روزمانينوس أوفيسيناليس، زيت لافاندولا أنغوستيفوليا، زيت ثيموس فولغاروس، حمض ديهيدروأستيك، كحول البنزيل.

الخصائص :

فعال ضد الالتهابات ومسكن طبيعي للألم

أحدثت هذه التركيبة لتخفيف آلام العضلات والمفاصل الحميدة المرتبطة بالتهاب المفاصل وبالجهد

دواعي الاستعمال :

- تصلب العضلات

- تمزقات عضلية

- توصيات

أرتيفليكس رول أون يخفف الألم ويزيد في الراحة وليونة المفاصل.

طريقة الاستعمال :

- استعمال أرتيفليكس رول 3 أو 4 مرات في اليوم

- اجتنب ملامسة العينين والأغشية المخاطية أو الجروح الجلدية

صنع من طرف مختبرات إركوس المغرب

بترخيص من مختبرات إركوس إيطاليا

لفائدة "راموفارم".

**ARTIFLEX®**  
**ROLL-ON**



*Soin Naturel de Confort  
des Articulations et des Muscles*

**TIFLEX® ROLL on**





Rabat, le 18.08.2020

Docteur .....

Mme Drissi Kamili Fatima Zahra

- ① Rx Pannoyface prenant le  
Coupole
- ② Ruchis de la lombaire  
Face  
et profil
- Rc : douleurs intercostales  
importantes



Hôpital Universitaire International



مستشفى الشيخ زايد  
مستشفى جامعي دولي

### Service Admission/Facturation

2 238 602    ⋮   ⋮   ⋮   ⋮   ⋮

**DI :** 2 540 216''

IPP : 1 458 732 N° de dossier : X202695100

**Patient :** DRISSI KAMILI FATIMA ZAHRA

**Montant :** 440,00 Dh (quatre cent quarante et xx / 100)

**Mode de paiement :** CARTE BANCAIRE **N° du document :** 4316

**Date d'encaissement :** 18/08/2020

**Description :** RX

**Medecin :** E01037 HAMMANI LAHCEN C

**Motif :** HOPITAL DE JOUR

**Païement effectué à la CAISSE RADIOLOGIE**

*Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.*

**Cachet du caissier :**

Nº 1622162





## Compte Rendu

IPP : 1458732  
Patient : DRISSI KAMILI FATIMA ZAHRA  
Date Examen : 18/08/2020 14:31:04

ID\_Dossier : X202695100  
PEC : PAYANT09  
Etat CR : Validé

### RX RACHIS DORSO-LOMBAIRE F+P

1 - Responsable du service : - Résultat :

Pr. M. M. Cherkaoui

2 - Permanents :

Pr. F. Z. Gueddari

Pr. L. Hammani

Pr. N. Kabbaj

3 - Attachés :

Pr. A. El Qessar

Pr. I. Chami

Pr. L. Chat

Pr. M. Boujida

Pr. S. Bouklata

4 - Contacts :

+ 212 537 68 49 43

Accueil : 1406



13508081

- Rectitude du rachis dorso-lombaire.
- Absence de lésion osseuse focale suspecte.
- Respect des espaces inter-somatiques et inter-articulaires.
- Absence d'anomalie des parties molles.

PR HAMMANI LAHCEN C

Pr. HAMMANI Lahcen  
Spécialiste en Radiologie  
Diagnostic et Interventionnelle  
Hôpital Cheikh Zaïd  
\*\*\*



## Compte Rendu

IPP :	1458732	ID_Dossier :	X202695100
Patient :	DRISSI KAMILI FATIMA ZAHRA	PEC :	PAYANT09
Date Examen :	18/08/2020 14:28:43	Etat CR :	Validé

## RX POUMON F

## 1 - Responsable du service : - Résultat :

Pr. M. M. Cherkaoui

## 2 - Permanents :

Pr. F. Z. Gueddari

Pr. L. Hammani

Pr. N. Kabbaï

## 3 - Attachés :

Pr. A. El Quessar

Pr. I. Chami

Pr. L. Chat

Pr. M. Boujida

Pr. S. Bouklata

## 4 - Contacts :

+ 212 537 68 49 43

Accueil : 1406



13508077

- Absence de lésion nodulaire ou de foyer d'allure évolutive.
- Respect de la silhouette cardiomédiastinale.
- Absence d'anomalie pleuro-pariétale.

PR HAMMANI LAHCEN C

Pr. HAMMANI Lahcen  
Spécialiste en Radiologie  
Diagnostic et Interventionnelle  
Hôpital Cheikh Zaïd  
\*\*\*



1458732  
DRISSI KAMILI FATIMA ZAHRA

1458732 DRISSI KAMILI FATIMA ZAHRA O  
18.08.2020  
HOPITAL CHEIKH ZAID

1458732  
DRISSI KAMILI FATIMA ZAHRA

1458732  
DRISSI KAMILI FATIMA ZAHRA

1458732  
DRISSI KAMILI FATIMA ZAHRA

1458732  
DRISSI KAMILI FATIMA ZAHRA



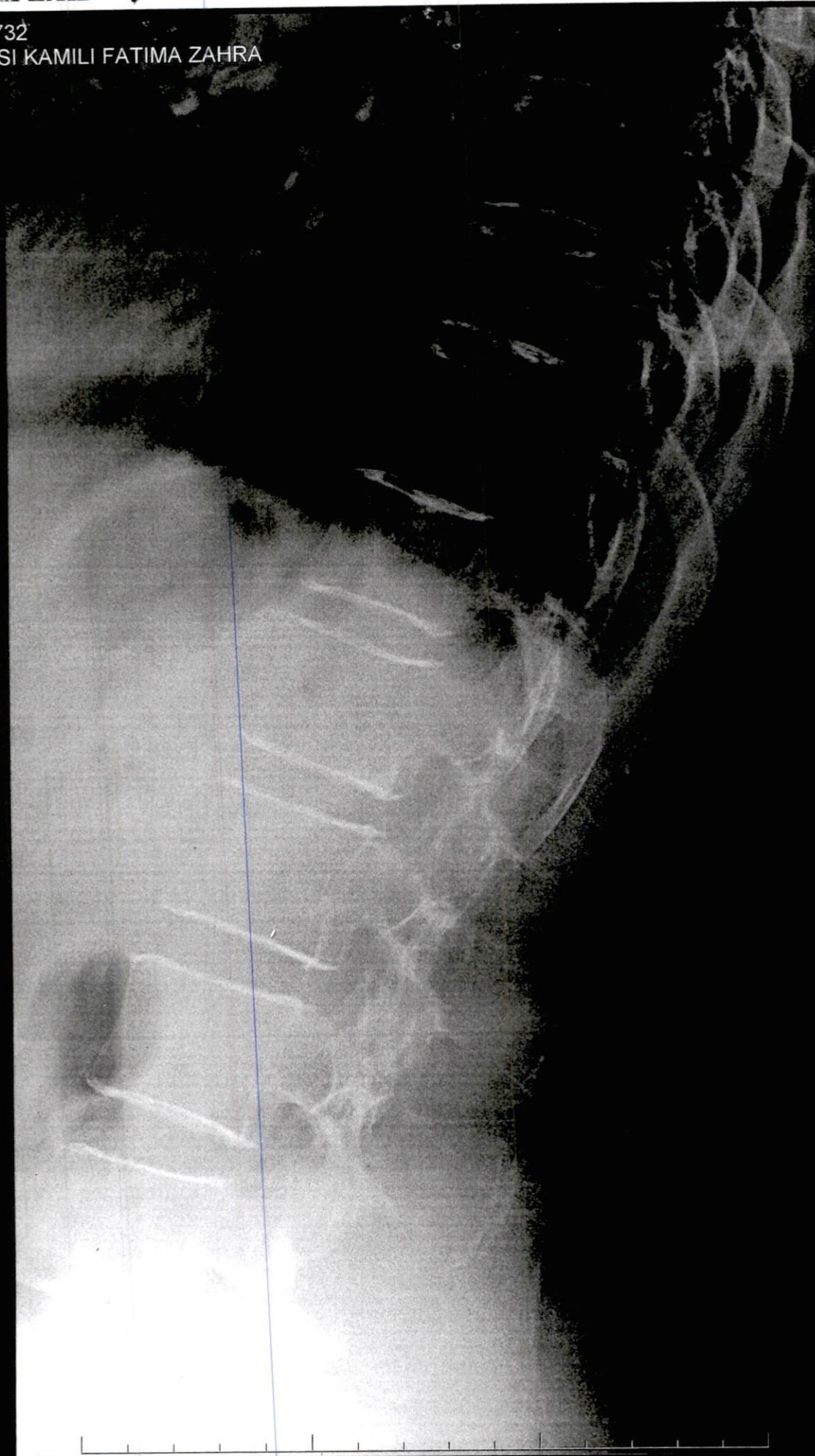
1458732  
DRISSI KAMILI FATIMA ZAHRA



1458732 DRISSI KAMILI FATIMA ZAHRA O  
18.08.2020  
HOPITAL CHEIKH ZAID



458732  
RISSI KAMILI FATIMA ZAHRA

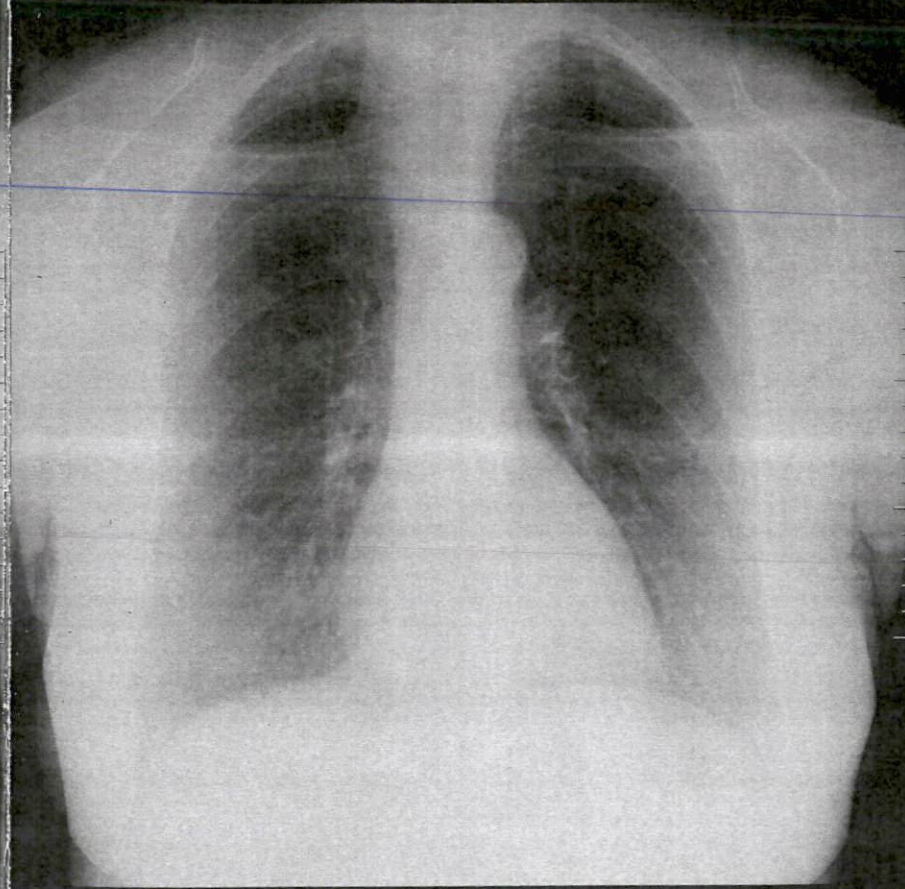
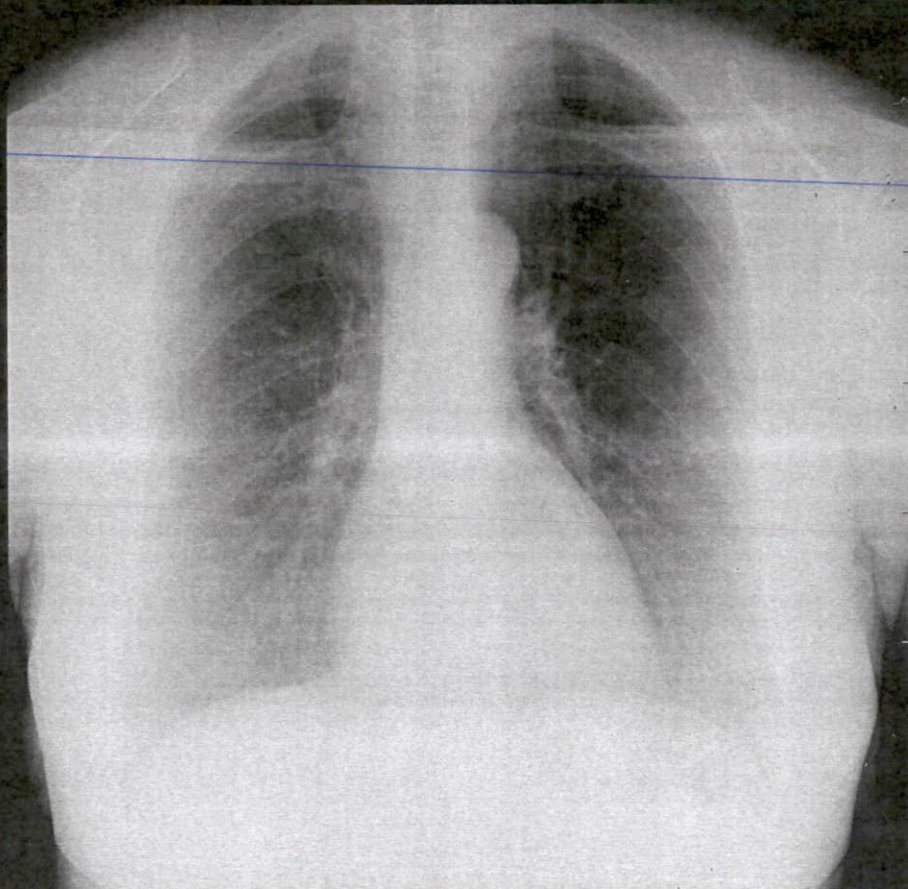






1458732  
DRISSI KAMILI FATIMA ZAHRA

1458732  
DRISSI KAMILI FATIMA ZAHRA



1458732 DRISSI KAMILI FATIMA ZAHRA O  
18.08.2020  
HOPITAL CHEIKH ZAID