

## 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.

### Diagnostique 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 053175

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8241 Société : 44385

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Doudou Abdellah

Date de naissance :

Adresse : Wifaqy N°1 Rue 114 oulfa casablanca

Tél : 066444917

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

|       |  |     |  |
|-------|--|-----|--|
| C     | = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien   | SF  | = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| CS    | = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme                   |
| CNPSY | = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  | AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute          |
| V     | = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  | AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière                |
| VN    | = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  | AP  | = Actes pratiqués par un orthophoniste                           |
| VD    | = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  | AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste                      |
| VD    | = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié                                       | R-Z | = Electro - Radiologie   |
| PC    | = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  | B   | = Analyses   |
| K     | = Actes de chirurgie et de spécialistes  |     |  |

## POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE                  | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL                   | - L'ORTHOPEDIE                    |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU             | - LA REEDUCATION                  |
| - PREVENTORIUM                                   |                                   |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS                      | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit        | - LES CURES THERMALES             |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  | - LA CIRCONCISION                 |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnées | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE       |
| - dans le temps.                                 |                                   |

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 285  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX / 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

**FEUILLE DE SOINS MU 025637**

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Doucou Abdelhak  
Matricule : 8241 Fonction : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_  
Adresse : Wifakh K.L Rue 114  
Tél. : 06 64 44 79 17 Signature Adhérent [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : \_\_\_\_\_ Age                      
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : \_\_\_\_\_  
Nature de la maladie : \_\_\_\_\_  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances \_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

**DECLARATION MU 025637**  
Matricule N° : \_\_\_\_\_  
Nom du patient : \_\_\_\_\_  
Date de dépôt : \_\_\_\_\_  
Montant engagé \_\_\_\_\_  
Nombre de pièces jointes : \_\_\_\_\_



Réf Imm 302 216



### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur             | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie FERRARA<br>DR KADRI<br>May 2014 12:45:33 | 03/08/20 | 84,00                 |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du praticien | Dates des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|-----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                 | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |

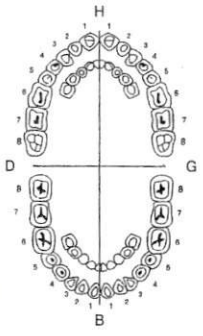
### VOLET ADHERENT

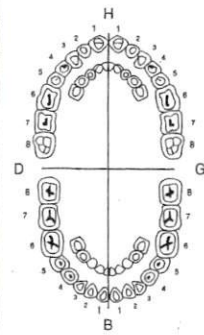
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalair ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  |                |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX |
|   |                |                  |             | MONTANT DES SOINS       |
|   |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|   |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |

|  |   |                        |   |  |          |  |          |          |   |          |       |  |  |          |  |          |          |   |          |                           |
|--|---|------------------------|---|--|----------|--|----------|----------|---|----------|-------|--|--|----------|--|----------|----------|---|----------|---------------------------|
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU CœFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                        |   |  |          |  |          |          |   |          |       |  |  |          |  |          |          |   |          |                           |
|  | <table><tr><td></td><td>H</td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td></td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>D</td><td>00000000</td></tr><tr><td colspan="3"><hr/></td></tr><tr><td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>B</td><td>11433553</td></tr></table> |                        | H |  | 25533412 |  | 21433552 | 00000000 | D | 00000000 | <hr/> |  |  | 00000000 |  | 00000000 | 35533411 | B | 11433553 | Cœfficient<br>DES TRAVAUX |
|  | H   |                        |   |  |          |  |          |          |   |          |       |  |  |          |  |          |          |   |          |                           |
| 25533412   |   | 21433552               |   |  |          |  |          |          |   |          |       |  |  |          |  |          |          |   |          |                           |
| 00000000   | D   | 00000000               |   |  |          |  |          |          |   |          |       |  |  |          |  |          |          |   |          |                           |
| <hr/>  |   |                        |   |  |          |  |          |          |   |          |       |  |  |          |  |          |          |   |          |                           |
| 00000000   |   | 00000000               |   |  |          |  |          |          |   |          |       |  |  |          |  |          |          |   |          |                           |
| 35533411   | B   | 11433553               |   |  |          |  |          |          |   |          |       |  |  |          |  |          |          |   |          |                           |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  | MONTANT<br>DES SOINS   |   |  |          |  |          |          |   |          |       |  |  |          |  |          |          |   |          |                           |
|  |   | DATE DU<br>DEVIS       |   |  |          |  |          |          |   |          |       |  |  |          |  |          |          |   |          |                           |
|  |   | DATE DE<br>L'EXECUTION |   |  |          |  |          |          |   |          |       |  |  |          |  |          |          |   |          |                           |
|  |   |                        |   |  |          |  |          |          |   |          |       |  |  |          |  |          |          |   |          |                           |
|  |   |                        |   |  |          |  |          |          |   |          |       |  |  |          |  |          |          |   |          |                           |
|  |   |                        |   |  |          |  |          |          |   |          |       |  |  |          |  |          |          |   |          |                           |
|  |   |                        |   |  |          |  |          |          |   |          |       |  |  |          |  |          |          |   |          |                           |
|  |   |                        |   |  |          |  |          |          |   |          |       |  |  |          |  |          |          |   |          |                           |
|  |   |                        |   |  |          |  |          |          |   |          |       |  |  |          |  |          |          |   |          |                           |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

## PHARMACIE FERRARA

142 RUE 123 LOT 265 HAY WIFAQ4 HAY HASSANI CASABLANCA20200

KADIR ABDELMOUNIM DOCTEUR EN PHARMACIE

CNSS:8484610 R.C:390766 PATENTE:35056012 I.F:0 TEL:022 93.32.35 FAX: ICE:000425958000036 INPE:

## F A C T U R E

Client.....:DOUDOU ABDELLAH

ICE.....:

Date.....:03/08/2020

FACTURE.....N°: 33

| ! QUANTITE!     | DESIGNATION               | ! PPV      | ! MONTANT | !TVA! |
|-----------------|---------------------------|------------|-----------|-------|
| 2               | GLUCOVANCE 500MG/2.5MG/30 | 42.00      | 84.00     | 0     |
| DONT TVA: 7 %:  | 0.00                      | TOTAL :    | 84.00     |       |
| DONT TVA: 20 %: | 0.00                      |            |           |       |
| TOTAL TVA :     | 0.00                      | TOTAL NET: | 84.00     |       |



ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:  
QUATRE-VINGT QUATRE Dirhams 00 Centimes

Pharmacie FERRARA  
Dr. KADIR ABDELMOUNIM  
Hay Catta 142 Rue 123 N°142  
Tél/Fax: 05 22 93 32 35





**Glucovance® 500 mg/2,5 mg**

**Glucovance® 500 mg/5 mg**

**Glucovance® 1000 mg/5 mg**

**comprimé pelliculé**

Chlorhydrate de metformine/Glibenclamide

Voie orale

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

**Que contient cette notice ?**

1. Qu'est-ce que Glucovance et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Glucovance ?
3. Comment prendre Glucovance ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Glucovance ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

#### 1. Qu'est-ce que Glucovance et dans quels cas est-il utilisé ?

Glucovance est composé de deux antidiabétiques appartenant aux classes de médicaments appelés biguanides (chlorhydrate de metformine) et sulfonylurées (glibenclamide).

L'insuline est une hormone qui permet aux tissus de l'organisme de capter le glucose (sucre) dans le sang et de l'utiliser pour produire de l'énergie ou de le stocker pour l'utiliser plus tard. Les patients atteints d'un diabète de type 2 (c'est-à-dire un diabète non insulino-dépendant) ne produisent pas suffisamment d'insuline dans leur pancréas ou leur organisme ne réagit pas correctement à l'insuline qu'il produit. Ceci aboutit à une élévation du taux de glucose dans le sang. Glucovance aide à réduire ce taux de sucre dans le sang et à le ramener à un niveau normal.

Glucovance est utilisé pour le traitement oral (à avaler) du diabète de type 2 chez les patients adultes.

Il est utilisé en remplacement du traitement des patients qui prenaient ces deux substances actives (chlorhydrate de metformine et glibenclamide) séparément et chez qui cette association s'est avérée efficace pour contrôler leur taux de glucose dans le sang.

#### 2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Glucovance ?

**Ne prenez jamais Glucovance :**

- si vous êtes allergique (hypersensible) au chlorhydrate de metformine, au glibenclamide, aux autres sulfamides, ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- si vous souffrez d'une détérioration sévère de la fonction rénale.
- si vous avez des problèmes hépatiques.
- si vous êtes atteint(e) de diabète de type 1 (c'est-à-dire insulino-dépendant).
- si vous avez un diabète non contrôlé avec, par exemple, une hyperglycémie sévère (taux élevé de glucose dans le sang), des nausées, des vomissements, une diarrhée, une perte de poids rapide, une acidose lactique (voir « Risque d'acidose lactique » ci-dessous) ou une acidocétose. En cas d'acidocétose, les substances appelées « corps cétoniques » s'accumulent dans le sang ce qui peut conduire à un pré-coma diabétique. Les symptômes comprennent des douleurs à l'estomac, une respiration rapide et profonde, une somnolence ou si votre haleine présente une odeur fruitée inhabituelle.
- si vous avez une infection grave (par exemple, une infection des voies respiratoires ou une infection urinaire).

- si vous êtes déshydraté(e) (par exemple, en raison de diarrhées persistantes ou graves, de vomissements récurrents),
- si vous prenez un traitement pour des problèmes cardiaques, si vous avez récemment eu une attaque cardiaque, si vous souffrez de graves problèmes de circulation sanguine ou si vous avez des difficultés respiratoires
- si vous souffrez de porphyrie (maladie héréditaire rare due à un déficit enzymatique amenant l'organisme à produire et excréter de la porphyrine en trop grande quantité, celle-ci servant à produire la partie du pigment sanguin qui transporte l'oxygène)
- si vous prenez du miconazole (médicament destiné au traitement de certaines mycoses), même de façon locale
- si votre consommation d'alcool est excessive (que ce soit tous les jours ou de temps en temps);
- si vous allaitez

**Demandez conseil à votre médecin si :**

- vous devez passer un examen tel qu'une radiologie ou un scanner nécessitant l'injection d'un produit de contraste à base d'iode dans votre circulation sanguine ;
- vous devez avoir une intervention chirurgicale sous anesthésie générale, spinale ou péridurale.

Vous devez arrêter de prendre Glucovance pendant un certain temps avant et après l'examen ou la chirurgie. Votre médecin décidera si vous avez besoin ou non d'un autre pendant cette période. Il est important que vous suiviez précisément les instructions de votre médecin.

#### Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin avant de prendre Glucovance

#### Risque d'acidose lactique

Glucovance peut provoquer un effet indésirable rare, mais grave, appelé « acidose lactique », en particulier si vos reins ne fonctionnent pas correctement. Le risque de développer une acidose lactique augmente également en cas de diabète mal contrôlé, d'infections graves, de jeûne prolongé ou de consommation d'alcool, de déshydratation (voir informations complémentaires ci-dessous), de problèmes au foie et toutes autres affections médicales pour lesquelles une partie du corps reçoit un apport réduit en oxygène (les maladies cardiaques aiguës sévères, par exemple).

Si l'une de ces situations s'applique à vous, adressez-vous à votre médecin pour recevoir des instructions supplémentaires.

**Arrêtez de prendre Glucovance pendant une courte période si vous souffrez d'une affection susceptible d'être associée à une déshydratation** (perte importante de liquides corporels) tels des vomissements sévères, de la diarrhée, de la fièvre, une exposition à la chaleur ou si vous buvez moins de liquides que d'habitude. Adressez-vous à votre médecin pour obtenir des instructions supplémentaires.

**Arrêtez de prendre Glucovance et contactez immédiatement un médecin ou l'hôpital le plus proche si vous présentez les symptômes d'une acidose lactique**, car cette affection peut entraîner un coma.

Les symptômes de l'acidose lactique comprennent :

- vomissements
- maux d'estomac (douleurs abdominales)
- crampes musculaires
- sensation générale de malaise associée à une grande fatigue
- difficultés à respirer
- diminution de la température corporelle et du rythme cardiaque





**Glucovance® 500 mg/2,5 mg**

**Glucovance® 500 mg/5 mg**

**Glucovance® 1000 mg/5 mg**

**comprimé pelliculé**

Chlorhydrate de metformine/Glibenclamide

Voie orale

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

**Que contient cette notice ?**

1. Qu'est-ce que Glucovance et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Glucovance ?
3. Comment prendre Glucovance ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Glucovance ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

#### 1. Qu'est-ce que Glucovance et dans quels cas est-il utilisé ?

Glucovance est composé de deux antidiabétiques appartenant aux classes de médicaments appelés biguanides (chlorhydrate de metformine) et sulfonylurées (glibenclamide).

L'insuline est une hormone qui permet aux tissus de l'organisme de capter le glucose (sucre) dans le sang et de l'utiliser pour produire de l'énergie ou de le stocker pour l'utiliser plus tard. Les patients atteints d'un diabète de type 2 (c'est-à-dire un diabète non insulino-dépendant) ne produisent pas suffisamment d'insuline dans leur pancréas ou leur organisme ne réagit pas correctement à l'insuline qu'il produit. Ceci aboutit à une élévation du taux de glucose dans le sang. Glucovance aide à réduire ce taux de sucre dans le sang et à le ramener à un niveau normal.

Glucovance est utilisé pour le traitement oral (à avaler) du diabète de type 2 chez les patients adultes.

Il est utilisé en remplacement du traitement des patients qui prenaient ces deux substances actives (chlorhydrate de metformine et glibenclamide) séparément et chez qui cette association s'est avérée efficace pour contrôler leur taux de glucose dans le sang.

#### 2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Glucovance ?

**Ne prenez jamais Glucovance :**

- si vous êtes allergique (hypersensible) au chlorhydrate de metformine, au glibenclamide, aux autres sulfamides, ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- si vous souffrez d'une détérioration sévère de la fonction rénale.
- si vous avez des problèmes hépatiques.
- si vous êtes atteint(e) de diabète de type 1 (c'est-à-dire insulino-dépendant).
- si vous avez un diabète non contrôlé avec, par exemple, une hyperglycémie sévère (taux élevé de glucose dans le sang), des nausées, des vomissements, une diarrhée, une perte de poids rapide, une acidose lactique (voir « Risque d'acidose lactique » ci-dessous) ou une acidocétose. En cas d'acidocétose, les substances appelées « corps cétoniques » s'accumulent dans le sang ce qui peut conduire à un pré-coma diabétique. Les symptômes comprennent des douleurs à l'estomac, une respiration rapide et profonde, une somnolence ou si votre haleine présente une odeur fruitée inhabituelle.
- si vous avez une infection grave (par exemple, une infection des voies respiratoires ou une infection urinaire).

- si vous êtes déshydraté(e) (par exemple, en raison de diarrhées persistantes ou graves, de vomissements récurrents),
- si vous prenez un traitement pour des problèmes cardiaques, si vous avez récemment eu une attaque cardiaque, si vous souffrez de graves problèmes de circulation sanguine ou si vous avez des difficultés respiratoires
- si vous souffrez de porphyrie (maladie héréditaire rare due à un déficit enzymatique amenant l'organisme à produire et excréter de la porphyrine en trop grande quantité, celle-ci servant à produire la partie du pigment sanguin qui transporte l'oxygène)
- si vous prenez du miconazole (médicament destiné au traitement de certaines mycoses), même de façon locale
- si votre consommation d'alcool est excessive (que ce soit tous les jours ou de temps en temps);
- si vous allaitez

**Demandez conseil à votre médecin si :**

- vous devez passer un examen tel qu'une radiologie ou un scanner nécessitant l'injection d'un produit de contraste à base d'iode dans votre circulation sanguine ;
- vous devez avoir une intervention chirurgicale sous anesthésie générale, spinale ou péridurale.

Vous devez arrêter de prendre Glucovance pendant un certain temps avant et après l'examen ou la chirurgie. Votre médecin décidera si vous avez besoin ou non d'un autre pendant cette période. Il est important que vous suiviez précisément les instructions de votre médecin.

**Avertissements et précautions**

Adressez-vous à votre médecin avant de prendre Glucovance

**Risque d'acidose lactique**

Glucovance peut provoquer un effet indésirable rare, mais grave, appelé « acidose lactique », en particulier si vos reins ne fonctionnent pas correctement. Le risque de développer une acidose lactique augmente également en cas de diabète mal contrôlé, d'infections graves, de jeûne prolongé ou de consommation d'alcool, de déshydratation (voir informations complémentaires ci-dessous), de problèmes au foie et toutes autres affections médicales pour lesquelles une partie du corps reçoit un apport réduit en oxygène (les maladies cardiaques aiguës sévères, par exemple).

Si l'une de ces situations s'applique à vous, adressez-vous à votre médecin pour recevoir des instructions supplémentaires.

**Arrêtez de prendre Glucovance pendant une courte période si vous souffrez d'une affection susceptible d'être associée à une déshydratation** (perte importante de liquides corporels) tels des vomissements sévères, de la diarrhée, de la fièvre, une exposition à la chaleur ou si vous buvez moins de liquides que d'habitude. Adressez-vous à votre médecin pour obtenir des instructions supplémentaires.

**Arrêtez de prendre Glucovance et contactez immédiatement un médecin ou l'hôpital le plus proche si vous présentez les symptômes d'une acidose lactique**, car cette affection peut entraîner un coma.

Les symptômes de l'acidose lactique comprennent :

- vomissements
- maux d'estomac (douleurs abdominales)
- crampes musculaires
- sensation générale de malaise associée à une grande fatigue
- difficultés à respirer
- diminution de la température corporelle et du rythme cardiaque