

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.

Biologie 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

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

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'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 060866

ND: 47024

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6366 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ASSOULI SAÏD
Date de naissance : 01/01/1961
Adresse : 86 PASSAGEM TISSIR II
Berrechid
Tél : 06.61.60.50.22 Total des frais engagés : 552, - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Leila BEKKAI
134, Bd. El Fida Hay Yasmine
Tél : 0661 56 93 14
Date de consultation : 02/11/2020
Nom et prénom du malade : ASSOULI Nabila Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Sinusite maxillaire
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 : Casablanca

Le : 02/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
02/11/2020	e	1	150.0H	Dr. LEBEN 134, Bd. El Fida Hay Hassana Tél. 0664 58 25 14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie HAY HASSANA Dr. AJMI AZIZ	02/11/20	402.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

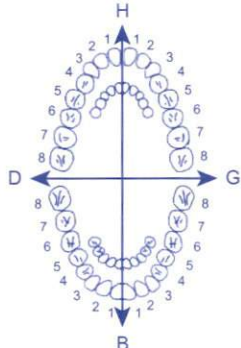
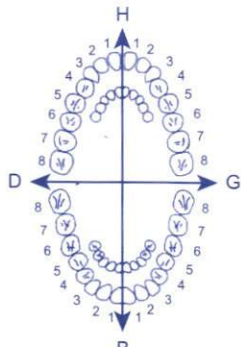
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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

Docteur BEKKAI Laila
Médecine Générale
Diplômée de l'Université de DAKAR

الدكتورة البكاي ليلي
الطب العام
خريجة كلية الطب بدار

برشيد في: 02/11/2020 : Berrechid, le :

ORDONNANCE

Assouli Nabila

① - ACCLAV 4 sachet n° 1/16

13200 1 - 0 - 1 x 08 jours

② - Phenol 20mg y eff. n° 2

4400 3 - 0 - 0 x 05 jours

③ - BiOMYX 4 n° 2

5500 1 - 1 - 1

④ - Doliprane 1000mg y eff. n° 2

1400 1 - 0 - 1

⑤ - NAZARE navel n° 2

7000 2 - 0 - 0

⑥ - Pharmacie HAY EL HASS n° 2

79180 1 - 0 - 0

134, شارع الفداء، حي ياسمينة الطابق الأول - برشيد الهاتف: 06 61 56 93 14

134, Bd El Fida, Hay Yasmine, 1^{er} Etage - Berrechid - Tél : 06 61 56 93 14

Lot :
A consommer de
préférence avant le :

PPC : 89,50 D

42AC002E
09/2023

NAZAIR® 50µg /dose

Suspension pour pulvérisation nasale
Propionate de fluticasone

Lisez attentivement
Elle contient de
Si vous avez d'
d'informations
Gardez cette n

LOT: GA91195

PER: 11/2021

PPV: 75 DH 00

prendre

NAZAIR® 50µg/dose

Suspension pour pulvérisation nasale
flacon de 100 doses



6 118001 101269

1. IDENTIFICATION

Dénomination

NAZAIR® 50µg

Forme pharm

Suspension po

dosseuse assurant 100 doses

Composition

Propionate de fluticasone (DCI)

Equivalent en fluticasone

Excipients : Dextrose anhydre, cellulose microcristalline et carboxyméthylcellulose

sodium, chlorure de benzalkonium, polysorbate 80, alcool phényléthylque, eau

purifiée, q.s.p une pulvérisation.

Classe pharmaco-thérapeutique

Glucocorticoïde par voie locale.

2. DANS QUEL CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Indications :

Ce médicament contient un corticoïde. Il s'administre par voie nasale.

C'est un médicament anti-inflammatoire indiqué :

- en traitement de la rhinite allergique chez l'adulte et l'enfant de plus de 12 ans et

- uniquement en traitement de la rhinite allergique saisonnière (rhume des foins) chez

- l'enfant de 4 à 12 ans.

- pour soulager les symptômes liés à la présence de polypes dans les fosses nasales

- chez l'adulte.

3. DANS QUEL CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT :

Contre indications :

Ne prenez jamais NAZAIR® 50µg/dose, suspension pour pulvérisation nasale

dans les cas suivants :

- allergie à l'un des composants,

- trouble de la coagulation sanguine avec en particulier saignements de nez,

- en cas d'infection herpétique nasale, buccale, orale ou oculaire.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE

MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Faites attention avec NAZAIR® 50µg/dose, suspension pour pulvérisation nasale.

Mises en garde spéciales :

En cas de surinfection (moucheage purulent), de fièvre ou d'infection

broncho-pulmonaire concomitante, **prévenir votre médecin.**

Ce produit n'est pas recommandé chez les patients ayant subi récemment une

intervention chirurgicale ou un traumatisme au niveau du nez, tant que la guérison

n'est pas complète.

Précautions d'emploi :

Ce médicament est un traitement régulier et continu. Son efficacité sur les

symptômes ne peut apparaître que plusieurs jours après le début du traitement.

Pour que ce médicament soit actif, les fosses nasales doivent être libres.

Il convient par conséquent de se moucher avant l'instillation du produit.

Si l'obstruction nasale (sensation de nez bouché) persiste malgré la mise en route du

traitement, consultez votre médecin afin qu'il réévalue le traitement.

En cas de traitement prolongé, un examen détaillé de la muqueuse nasale doit être

réalisé.

Excipients à effet notable :

En raison de la présence du chlorure de benzalkonium, ce médicament peut provoquer une gêne respiratoire.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE

MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Interactions médicamenteuses et autres interactions :

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un

médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre

pharmacien.

Sp

Attention cette spécialité contient un prin
positive des tests pratiqués lors des contr

Grossesse-allaitement :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la

vez que vous êtes enceinte
seul peut juger de la néces

seil à votre médecin ou à v

véhicules et utilisation de
able que NAZAIR® 50µg/dose

effets sur l'aptitude à con

UTILISER CE MÉDICAMENT

• Rhinite allergique :

Adulte et enfant de plus de 12 ans: 200 µg p
narine 1 fois par jour le matin.

La posologie maximale est de 2 pulvérisation

Enfant de 4 à 12 ans: en traitement de la rh

uniquement: 100 µg par jour soit 1 pulvérisa
matin.

La posologie maximale est de 1 pulvérisation

La mise en route et la durée du traitement s

• Polyposse nasosinusienne:

Traitement d'attaque: 400 µg par jour, soit

narine 2 fois par jour, matin et soir.

Une fois le contrôle des symptômes obtenu

traitement d'entretien: 200 µg par jour, soit

narine, une fois par jour le matin.

Dans tous les cas il convient de toujours che

En cas de persistance des troubles ne pas

médecin.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORME

MEDECIN.

Mode et voie d'administration :

Voie nasale.

- Mouchez-vous doucement pour assécher le

- Agiter doucement le flacon.

- Retirez le capuchon protecteur de l'applic

- latérales.

- Bouchez une narine, penchez légèrement

- verticale; insérez doucement l'applicateur na

- de haut en bas sur la collerette pour libér

- narine avant de répéter l'opération pour une

- Répétez l'opération pour l'autre narine.

- Essuyez l'applicateur nasal et remettez le c

- Lors de la toute première utilisation du pul

- celui-ci depuis une semaine ou plus, amorce

- sur la collerette avec l'index et le majeur, ta

- flacon. Pressez jusqu'à obtention d'une fine

Fréquence d'administration :

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORME

MEDECIN.

Durée de traitement

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORME

MEDECIN.

Ne pas augmenter ou diminuer la dose sa

pharmacien.

Nettoyage

NAZAIR 50 µg/dose doit être nettoyé au mini

Procéder comme suit :

1. Détacher le pulvérisateur du flacon,

2. Laver le pulvérisateur et l'obturateur dans

- l'eau en excès, laisser sécher dans un endroi

3. Remplacer le pulvérisateur et l'obturateur.

4. Si le pulvérisateur est bouché, le retirer et l

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

DOLIPRANE

La substance

(1111,11 mg)

Les autres

mais pré



PPV: 14DH00
PER: 09/23
LOT: J2028

QU'EST-CE

CAS EST-IL UTILISÉ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants : allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.



PREDNI® 20 COOPER

Comprimés effervescents sécables - Boîte de 20.

Prednisolone

Veillez lire et prendre ce médicament.
Gardez cette notice.
Si vous avez des questions, demandez-les à votre pharmacien.
Ce médicament ne donne pas de symptômes.

PPV (DH) :

42,00

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.

1. COMPOSITION DU MÉDICAMENT

Principe actif:

Prednisolone 20,00 mg

(Sous forme de métsulfobenzate sodique de prednisolone : 31,44mg)

Excipients:

Bicarbonate de sodium, Acide tartrique, Citrate monosodique anhydre, Saccharine sodique, Lactose monohydraté, Benzoate de sodium, Arôme orange-pamplemousse*.....q.s.p. un comprimé effervescent sécable.

* Composition de l'arôme orange-pamplemousse : Huile essentielle d'orange, huile essentielle de pamplemousse, jus concentré d'orange, aldéhyde acétique, butyrate d'éthyle, citral, aldéhyde C6, linalol, terpinéol, acétate d'éthyle, maltodextrine, gomme arabique, sorbitol.

Excipients à effet notoire : Sodium, Sorbitol et Lactose.

2. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : H02AB06
GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE.

(H. Hormones non sexuelles).

Ce médicament est un corticoïde (également appelé anti-inflammatoire stéroïdien).

3. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 10 kg.

Ce médicament est utilisé dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.
Son action est utile dans le traitement de nombreuses affections inflammatoires ou allergiques.

À fortes doses, ce médicament diminue les réactions immunitaires et est donc également utilisé pour prévenir ou traiter le rejet des greffes d'organes.

4. POSOLOGIE

Posologie

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 10 kg.

La dose à utiliser est déterminée par votre médecin, en fonction de votre poids et de la maladie traitée. Elle est strictement individuelle.

Le dosage de PREDNI® 20 COOPER est adapté si vous débutez un traitement ou si vous devez prendre un traitement sur une courte durée nécessitant des doses moyennes ou fortes.

Si vous devez prendre ce traitement sur une durée prolongée et à des doses inférieures à 20 mg par jour, il existe des dosages plus appropriés.

Mode et voie d'administration

Ce médicament est utilisé par voie orale.

Vous devez dissoudre les comprimés dans un verre d'eau. Avez le contenu du verre de préférence au cours du repas, en une prise le matin.

Durée du traitement

Elle est déterminée par votre médecin.

Il est très important de suivre régulièrement le traitement et de ne pas le modifier, ni l'arrêter brutalement sans l'avis de votre médecin.

Déclaration des effets secondaires

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet mentionné dans cette notice.

LES ET PRECAUTIONS

PREDNI® 20mg

20 comprimés effervescents sécables



Surveillez la structure et la fonction du muscle cardiaque.

Avant le traitement, prévenez votre médecin :

- Si vous avez été vacciné récemment,
- Si vous avez eu ou avez un ulcère digestif, une maladie du gros intestin, ou si vous avez été opéré récemment pour un problème d'intestin,
- Si vous avez du diabète (taux de sucre trop élevé dans le sang), ou une tension artérielle élevée,
- Si vous avez une infection (notamment si vous avez eu la tuberculose),
- Si vos reins ou votre foie ne fonctionnent pas correctement,
- Si vous souffrez d'ostéoporose (maladie des os avec une fragilité des os) et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire),
- Si vous souffrez de sclérodémie (également connue sous le nom de sclérose systémique, un trouble auto-immun), car des doses journalières de 15 mg ou plus peuvent augmenter le risque de développer une complication grave appelée crise rénale sclérodémique. Les signes d'une crise rénale sclérodémique sont, entre autres, une augmentation de la pression sanguine et une diminution de la production d'urine. Votre médecin peut vous conseiller de faire contrôler régulièrement votre pression sanguine et votre urine,
- Si vous avez séjourné dans les régions tropicales, subtropicale ou le sud de l'Europe, en raison du risque de maladie parasitaire.

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose (maladie héréditaire rare).

L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

Ce médicament contient du sodium. A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

Pendant et après le traitement :

- Prévenez immédiatement votre médecin si vous ressentez des douleurs au niveau des tendons (reconnaissable par des douleurs lors de mouvements). En effet, ce médicament peut favoriser l'apparition d'une atteinte des tendons voire de manière exceptionnelle d'une rupture des tendons.
- Ce médicament peut également entraîner la survenue de crises liées à la présence de phéochromocytome (tumeur des glandes surrénales) et pouvant mettre votre vie en danger.
- Évitez le contact avec les personnes atteintes de la varicelle ou de la rougeole.
- Prévenez le médecin que vous prenez ou que vous avez pris ce médicament (pendant une année après l'arrêt du traitement) si vous devez vous faire opérer ou si vous êtes dans une situation de stress (fièvre, maladie).
- Votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel, en sucre et riche en protéines.
- Si le traitement est prolongé, votre médecin vous prescrira également un apport en calcium et vitamine D.
- Contactez votre médecin en cas de vision floue ou d'autres troubles visuels.

8. INTERACTIONS

ACLAV®

COMPOSITION

COMPOSITION	PER : 03-22 P.P.V : 132DR00		6 118000 091769		Enfant 5mg/1ml le 60 ml	Aclav Nourrisson 100mg/12,5mg/1ml Flacon de 30 ml
	- Boîte de 1 - Boîte de 2	1g	500 mg	6 g	3 g	
Amoxicilline trihydratée : quantité correspondant à l'amoxicilline anhydre	125 mg	62,5 mg	750 mg	375 mg		
Clavulanate de potassium : quantité correspondant à l'acide clavulanique	q.s.p 1 sachet	q.s.p 1 sachet	q.s.p 10,30 g de poudre	q.s.p 5,15 g de poudre		

LOT : 0018
PER : 03-22
P.P.V : 132DH00

ACLAV 1g/125mg Poudre pour suspension buvable, 16 sachets



-Boîte de 1
-Boîte de 2

PROPRIETES :

Antibiotiques antibactériens de la famille des bêta-lactamines, du groupe des aminopénicillines.

Aclav est une formulation associant l'amoxicilline et l'acide clavulanique puissant inhibiteur de bêta-lactamases.

INDICATIONS :

Elles sont limitées aux infections dues aux germes reconnus sensibles, notamment dans :

- Les otites moyennes aiguës, otites récidivantes.
- Les sinusites maxillaires aiguës et autres formes de sinusites.
- Les angines récidivantes, amygdalites chroniques.
- Les surinfections de bronchites aiguës du patient à risque.
- Les exacerbations de bronchopneumopathies chroniques.
- Les pneumopathies aiguës du patient à risque.
- Les cystites aiguës récidivantes, cystites non compliquées de la femme et pyélonéphrites aiguës non compliquées dues à des germes sensibles.
- Les infections gynécologiques hautes, en association à un autre antibiotique actif sur les chlamydiae.
- Les parodontites.
- Les infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites.
- Traitement de relais de la voie injectable.
- Infections respiratoires basses chez le nourrisson et l'enfant de moins de 5 ans.
- Infections urinaires chez le nourrisson.

CONTRE INDICATIONS :

-Absolues :

- Allergie aux antibiotiques du groupe des bêta-lactamines (pénicillines, céphalosporines)
- Mononucléose infectieuse.
- Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline -acide clavulanique.
- Phénylcétonurie (en raison de la présence de l'aspartam)

-Relatives :

- Le méthotrexate

POSOLOGIE :

Les Posologies sont exprimées en Amoxicilline

Adulte normorénal (poids ≥ 40 kg)

2 à 3g/jour en 2 à 3 prises selon la prescription médicale et l'infection concernée.

Adulte insuffisant rénal (poids ≥ 40 kg)

Clairance de la créatinine	Schéma posologique
Supérieur à 30 ml / min	pas d'adaptation nécessaire
Entre 10 et 30 ml / min	1 g / 125 mg toute les 12 à 24h
Inférieur à 10 ml / min	Pour les patients traités ou non par hémodialyse les conditions d'utilisation n'ont pas été établies.

Chez les patients âgés : pas d'adaptation posologique sauf si la clairance de la créatinine est ≤ 30 ml / min (même posologie chez l'insuffisant rénal)

BIOMYLASE®
Comprimés pelliculés ; Boîte de 24
Sirop ; Flacon de 125 ml
Alpha-amylase

• Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
 • Si vous avez besoin de la relire.

BIOMYLASE® 3000 UCE
 24 comprimés enrobés



6 118001 200900

IDEN
 Com

Comprimé :

Alpha-amylase
 *Soit 2142.9 Unités Pharmacopée Européenne
 par Comprimé.
 Excipients

55,00

Sirop :

Pour 1 ml de sirop

Alpha-amylase
 *Soit 142.86 Unités Pharmacopée Européenne
 par ml de sirop.
 Excipients

200 U CEIP*

q.s.p.....1 ml

EXCIPENT A EFFET NOTOIRE

Comprimé : Saccharose et Jaune orangé S (E110).

Sirop : Saccharose, Glycérol, Parahydroxybenzoate de propyle sodique (E217), Parahydroxybenzoate de méthyle sodique (E219).

Classe pharmaco-thérapeutique

Ce médicament appartient à la classe des enzymes à visée anti-inflammatoire.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT?

Ce médicament est indiqué dans les maux de gorge peu intenses et sans fièvre.

COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT?

Posologie

• **Comprimé :**

Adulte : 1 Comprimé, 3 fois par jour au cours des repas.

• **Sirop :**

Adulte : 1 cuillère à soupe (15 ml), 3 fois par jour.

Enfant de plus de 3 ans (plus de 15 kg) : 2 cuillérées à café (10 ml), 3 fois par jour.

Nourrisson et enfant de 6 mois à 3 ans (7 kg à 15 kg) : 1 cuillère à café (5 ml), 3 fois par jour.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Avaler les comprimés, sans les croquer, avec un verre d'eau.

Durée du traitement

Pour les comprimés : Ne prolongez pas le traitement au-delà de 5 jours sans avis médical.

En l'absence d'amélioration comme en cas de persistance des symptômes, prenez un avis médical.

Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée sans avis médical.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT?

Ne prenez jamais BIOMYLASE :

• En cas d'antécédents d'allergie à l'alpha-amylase ou à l'un des composants, notamment les parabens (le cas du sirop).

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

EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

Comme tous les médicaments, BIOMYLASE peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.