

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-537766

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1608 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : A220021 - ELIDRISSI My TAHAR  
 Date de naissance : 1950  
 Adresse : Rue Ahmed Kadmiri Res Nadia Im D Apt 13 CASABLANCA  
 Tél. : 0663082895 Total des frais engagés : 1715,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. SEMMAR ABDELMOURNIT  
 Spécialiste de l'appareil Digestif  
 Rés. Yassine N° 2, Hay Moubarka  
 Bernoussi - Tél : 05 22 76 78 25  
 Date de consultation : 07/10/2020  
 Nom et prénom du malade : M. Elidrissi My Tahar  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : T2 Digestif  
 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.


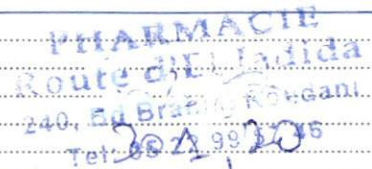
Fait à : CASA Le : / /


Signature de l'adhérent(e) :



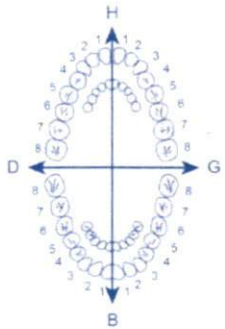
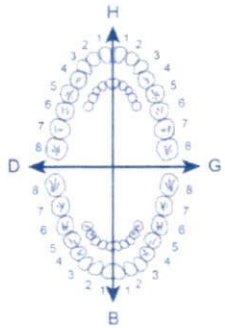


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/09/2020	C2		250	INP : 091128932

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/09/2020	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/09/2020 B850 + A150	1164,00

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

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'ODF																		
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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<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>		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"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]																	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															



# 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.

## Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19-058691

NO: 48296

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1608 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AZOUZI AyTAhar

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : AZOUZI Idhiss Mlytahar 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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-058691

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

**Dr. SEMMAR Abdelmourhit**

**GASTRO - ENTEROLOGUE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancien Médecin Spécialiste à la Polyclinique  
CNSS Sidi Bernoussi

**SPECIALISTE**

Maladie de l'Appareil Digestif  
(Estomac - Foie - Intestin)

**PROCTOLOGIE**

Hémorroïdes, Fissures, Fistule Anale

**Endoscopie Digestive**

**Echographie Abdominale**

**الدكتور السمار عبد المغيث**

خريج كلية الطب بباريس

طبيب اختصاصي سابق بمصلحة

الضمان الإجتماعي سيدي البرنوصي

**اختصاصي**

في أمراض الجهاز الهضمي

(المعدة - الأمعاء - الكبد)

أمراض المخرج وجراحة البواسير

الكشف بالصدى

Casablanca, le 02/09/2022 في الدار البيضاء،

M. A. Attouti et Dr. SEMMAR

M. TAMAR

68,00 MELAB

45,00 1st k

1st k (fit des fuc)

20 GMS

34,40 w b ti  
moham

حي مباركة إقامة ياسين رقم 2، زاوية شارع مبارك بن بوبكر حمادي وزينة H سيدي البرنوصي أمام صيدلية يافا - الدار البيضاء

Quartier Moubaraka Rés. Yassine N°2, Ang. Bd Mbarek Ben Boubker Hammadi et Rue H Sidi Bernoussi. En Face de la Ph. YAFA - Casablanca

الهاتف : 05 22 76 78 25

PHARMACIE  
Route d'El Jadida  
240, Bd Brahim Roudani  
Tel: 05 22 99 57 46

Dr. SEMMAR ABDELMOURHIT  
Spécialiste de l'appareil Digestif  
Rés. Yassine N°2, Hay Moubaraka  
Bernoussi - Tél.: 05 22 76 78 25



**Dr. SEMMAR Abdemourhit**  
**GASTRO - ENTEROLOGUE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancien Médecin Spécialiste à la Polyclinique  
CNSS Sidi Bernoussi

**SPECIALISTE**

Maladie de l'Appareil Digestif  
(Estomac - Foie - Intestin)

**PROCTOLOGIE**

Hémorroïdes, Fissures, Fistule Anale  
**Endoscopie Digestive**  
**Echographie Abdominale**

**الدكتور السمار عبد المغيث**

خريج كلية الطب بباريس  
طبيب اختصاصي سابق بمصحة  
الضمان الاجتماعي سيدي البرنوصي

**اختصاصي**

في أمراض الجهاز الهضمي  
(المعدة - الأمعاء - الكبد)

أمراض المخرج وجراحة البواسير  
الكشف بالصدى

Casablanca, le 01/09/2020 في الدار البيضاء،

M<sup>r</sup>: AZZOUZ EL IDRISS  
my TAHAR

VIT D -

VIT B12

**LABO SOCRATE**  
مختبر التحاليل الطبية  
Rés. Moubaraka Rue Soudi / Imprimé N° 20 000 Casablanca  
Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 63 - Fax: 0522 25 85 08  
E-mail: labo.socrate@menara.ma

**Dr. SEMMAR ABDELMOURHIT**  
Spécialiste de l'appareil Digestif  
Rés. Yassine N°2, Hay Moubaraka  
Bernoussi - Tél.: 05 22 76 78 25

حي مباركة إقامة ياسين رقم 2، زاوية شارع مبارك بن بوبكر حمادي وزنقة H سيدي البرنوصي، أمام صيدلية يافا - الدار البيضاء  
Quartier Moubaraka Rés. Yassine N°2, Ang. Bd Mbarek Ben Boubker Hammadi et Rue H Sidi Bernoussi. En Face de la Ph. Yafa - Casablanca

الهاتف : 05 22 76 78 25

# MELAXIB®

3.50 g / 4.29 g / 2.14 g pour 10 g

Pâte orale en sachet

Lactulose / Paraffine liquide / Vaseline

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

Vous devez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Card
- Adresse
- Si vous seriez allergique à l'un des composants de ce médicament, informez votre médecin ou votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous avez un effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne provient pas de votre médicament.
- Si vous avez des difficultés à lire cette notice. Voir rubrique 4.
- Vous devez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

## Que co

1. Que co
2. Que co
3. 50
4. Comment prendre
5. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
6. Comment conserver MELAXIB 3.50 g/4.29 g/2.14 g pour 10 g, pâte orale en sachet ?
7. Contenu de l'emballage et autres informations.

AMM N°20218DMP/21/NCN  
BIOCODEX MAROC  
BP 126 NOUACEUR  
PPV : 68,00 DH

Si vous risquez de souffrir d'un déséquilibre électrolytique (par exemple si vous souffrez d'un mauvais fonctionnement des reins ou du foie ou si vous êtes traités par un médicament qui augmente la production d'urine), car MELAXIB peut provoquer une diarrhée qui aggrave ce risque de déséquilibre.

L'administration d'huile de paraffine chez les personnes allongées, ayant des difficultés pour avaler ou souffrant de reflux gastro-œsophagien doit être prudente, car la paraffine contenue dans MELAXIB peut passer dans les poumons et provoquer une maladie des poumons appelée pneumopathie huileuse (voir rubrique 3).

### Constipation occasionnelle

Elle peut être liée à une modification récente du mode de vie (voyage par exemple).

Le médicament peut être une aide en traitement court. Toute constipation récente inexpliquée par le changement de mode de vie, toute constipation accompagnée de douleurs, de fièvre, de gonflement du ventre doit faire demander l'avis du médecin.

# Trimedat®

Sachets  
Trimébutine

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser 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 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 pharmacien.

## PRESENTATION

TRIMEDAT® 150 mg sachets, boîte de 20.

TRIMEDAT® SANS SUCRE 150 mg sachets, boîte de 20.

## COMPOSITION

Substance active : Trimébutine base

TRIMEDAT 150 mg sachets

Trimébutine base.....

Excipients q.s.p.....

TRIMEDAT SANS SUCRE 150 mg sachets

Trimébutine base.....

Excipients q.s.p.....

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antispasmodique musculotrope.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est indiqué chez l'adulte dans le traitement symptomatique des douleurs, des troubles du transit et de l'inconfort intestinal liés aux troubles fonctionnels intestinaux.

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament est contre-indiqué chez l'enfant de moins de 2 ans.

Ne prenez jamais TRIMEDAT® 150 mg sachets ou TRIMEDAT® SANS SUCRE 150 mg sachets, en cas d'hypersensibilité à la trimébutine.

Ne prenez jamais TRIMEDAT® SANS SUCRE 150 mg sachets en cas de phénylcétonurie héréditaire (maladie dépitée à la naissance), à cause de la présence de l'aspartame.

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

## MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

TRIMEDAT® 150 mg sachets :

Chaque sachet de TRIMEDAT® 150 mg contient 2,6 g de saccharose, dont il faut tenir compte dans la ration journalière en cas de régime pauvre en sucre ou de diabète.

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

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS

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.

## INTERACTIONS AVEC LES ALIMENTS ET LES BOISSONS

Sans objet.

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger

de la nécessité de le poursuivre.

## ALLAITEMENT

Il est préférable de ne pas prendre ce médicament si vous allaitez. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

## SPORTIFS

Sans objet.

## EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES OU A UTILISER DES MACHINES

Sans objet.

## LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

TRIMEDAT® 150 mg sachets contient du saccharose.

TRIMEDAT® SANS SUCRE 150 mg sachets, contient de l'aspartame.

## POSOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION

### Posologie :

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

La dose thérapeutique usuelle est de 1 sachet, 3 fois par jour, de courte durée.

### Administration :

Le sachet doit être dissous dans un verre d'eau.

En cas de prise de TRIMEDAT® 150 mg sachets ou TRIMEDAT® SANS SUCRE 150 mg sachets, que vous n'auriez dû consulter votre

médecin.

## INSTRUCTIONS EN CAS D'OMISSION D'UNE DOSE OU DE PLUSIEURS DOSES

Sans objet.

## RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

Sans objet.

## EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, TRIMEDAT® sachets est susceptible d'avoir des effets indésirables bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

• Rares réactions cutanées.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

## DECLARATION DES EFFETS INDESIRABLES

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. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement ou via le centre national de pharmacovigilance. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

## CONSERVATION

Ne pas laisser à la portée des enfants.

## CONDITIONS DE DELIVRANCE

Liste II

## PEREMPTION

Ne pas utiliser TRIMEDAT® sachets après la date de péremption figurant sur le conditionnement extérieur.

## DATE DE REVISION DE LA NOTICE

Mars 2018

**PHARMA 5**  
Laboratoires Pharma 5

21 Rue des Asphodèles - Casablanca - Maroc

Site de fabrication: Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc  
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable



# Motilium® 10 mg

dompéridone  
comprimés pelliculés

Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Vous pouvez y contribuer en signalant tout effet indésirable que vous observez. Voir en fin de rubrique 4 comment déclarer les effets indésirables.

## Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament.

• 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 la maladie est la même. Les effets indésirables peuvent être graves. • Si vous ressentez un effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. • S'applique aussi à tout effet indésirable qui ne sera mentionné sur cette notice. Voir rubrique 4.

## 1. QU'EST-CE QUE MOTILIUM 10 mg, comprimé pelliculé ? QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament est utilisé pour traiter les nausées et vomissements chez l'adulte et l'adolescent (à partir de 12 ans).

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE MOTILIUM 10 mg, comprimé pelliculé ?

**Ne prenez jamais MOTILIUM 10 mg, comprimé pelliculé, si :**

- si vous êtes allergique (hypersensible) à la dompéridone ou à l'un des autres composants contenus dans MOTILIUM 10 mg, comprimé pelliculé,
- si vous avez des saignements de l'estomac ou si vous avez régulièrement des douleurs abdominales sévères ou des selles noires persistantes,
- si vous avez les intestins obstrués ou perforés,
- si vous avez une tumeur de la glande pituitaire (prolactinome),
- si vous souffrez d'une maladie modérée ou sévère du foie,
- si votre ECG (électrocardiogramme) montre un problème cardiaque appelé "allongement de l'intervalle QT corrigé",
- si vous avez ou avez eu un problème qui fait que votre cœur ne peut pas pomper le sang dans l'ensemble de votre corps aussi bien qu'il le devrait (affection appelée insuffisance cardiaque),
- si vous avez un problème qui entraîne une diminution du taux de potassium ou de magnésium ou une augmentation du taux de potassium dans votre sang,
- si vous prenez certains médicaments (voir "Prise d'autres médicaments").

## Avertissements et précautions

Ce médicament n'est pas adapté aux nouveau-nés, nourrissons et enfants de moins de 12 ans ni aux adolescents pesant moins de 35 kg. Si MOTILIUM est destiné à un enfant, demandez la formulation pédiatrique à votre médecin.

Adressez-vous à votre médecin avant de prendre MOTILIUM 10 mg, comprimé pelliculé si vous :

- souffrez de problèmes au foie (défaillance des fonctions du foie ou insuffisance hépatique) (voir "Ne prenez jamais MOTILIUM 10 mg, comprimé pelliculé").
  - souffrez de problèmes aux reins (défaillance des fonctions du rein ou insuffisance rénale). Vous devez demander conseil à votre médecin en cas de traitement prolongé car vous devrez peut-être prendre une dose plus faible ou prendre ce médicament moins souvent et votre médecin pourra être amené à vous examiner régulièrement.
- La dompéridone peut être associée à un risque accru de trouble du rythme cardiaque et d'arrêt cardiaque. Ce risque peut être plus élevé chez les patients de plus de 60 ans ou chez ceux prenant des doses

supérieures à 30 mg par jour. Le risque est également plus élevé lorsque la dompéridone est administrée avec certains médicaments. Prévenez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez des médicaments pour traiter des infections (infections fongiques ou bactériennes) et/ou si vous avez des problèmes au cœur ou le SIDA (voir rubrique "Prise d'autres médicaments").

MOTILIUM doit être utilisé à la dose efficace la plus faible chez l'adulte et chez l'enfant.

Pendant le traitement par MOTILIUM, contactez votre médecin si vous présentez des troubles du rythme cardiaque, tels que des palpitations, des difficultés à respirer, une perte de conscience. Le traitement par MOTILIUM devra alors être arrêté.

## Prise d'autres médicaments :

Ne prenez jamais MOTILIUM 10 mg, comprimé pelliculé si vous prenez des médicaments pour traiter les pathologies suivantes :

- infections fongiques, par exemple la pentamidine ou

particulier l'itraconazole, le

azole, le posaconazole ou les

ctions bactériennes, en

t, la clarithromycine, la

acine, la moxifloxacine, la

ntibiotiques), • problèmes

ension artérielle (par

ronédarone, l'ibutilide, la

le sotalol, l'hydroquinidine,

(par exemple l'halopéridol, le pimo

par exemple le citalopram, l'es

aux (par exemple le cispripide, le

(par exemple la méquitazine, la

ulier l'halofantrine, la luméf

que le rtonavir ou le saquinavir

hépatite C (par exemple le t

torémifène, le vandetanib, la

Ne prenez pas MOTILIUM si vous

exemple le bépripide, le dip

Prévenez votre médecin ou votre

médicaments pour traiter une

VIH/SIDA ou la maladie de

Il est important de demander à

MOTILIUM 10 mg, comprimé

prenez d'autres médicaments,

ordonnance.

**Prise de MOTILIUM avec des**

prenez MOTILIUM 10 mg, comprimé

après les repas, son absorption

**Grossesse :** Le risque associé à

n'est pas connu.

Si vous êtes enceinte ou

médicament qui décidera si

**Allaitement :** De petites

dans le lait maternel. MOTILIUM

le cœur du nourrisson allaité.

l'allaitement uniquement si

nécessaire. Demandez conseil

**Conduite de véhicules et**

on rapporté des sensations

la prise de MOTILIUM. Ne

lorsque vous prenez

produit sur vous.

**Informations importantes**

**MOTILIUM 10 mg, comprimé**





# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

Résidence Masurel ,Angle Rue Socrate et Bd Yacoub EL Mansour IMM C N°4 –  
CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986- CNSS : 6478417  
BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA ,  
IF 44409091 ICE 000114556000027 INP 0093001964

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI  
Pharmacien Biologiste  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie–Biochimie–Hématologie  
Mycologie - Parasitologie – Virologie

**FACTURE N° : 200004488**

CASABLANCA le 05-09-2020

**Mr My Tahar AZZOUZI EL IDRISI**

Demande N° 200905A009

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 05-09-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
	Vitamine B12 (Cobalamine)	B400	B
	Vitamine D 25-OH (D2+D3)	B450	B

Total des B : 850

TOTAL DOSSIER : 1164.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille cent soixante-quatre dirhams

**LABO SOCRATE**  
Rég. Masurel Rue Socrate - Imm C N°4 - 20 000 Casablanca  
Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 25 85 08  
Email : labo.socrate@merara.ma



Code Patient : 170417A017  
Date de l'examen : 05-09-2020

Saisie le 05-09-2020 09:13

**Mr My Tahar AZZOUZI EL IDRISI**  
Réf : 200905A009  
Prescription : ABDELMOURHIT SEMMAR

## BIOCHIMIE SANGUINE

<b>Vitamine B12<sup>(1)</sup></b> (Dosage CMIA Abbott)	320 pg/ml	(190-950)
<b>25-OH-Vitamine D (D2+D3)</b> (Dosage ELISA sur ELECSYS 2010 Roche)	12.2 ng/ml 30.5 nmol/l	(30.0-80.0) (75.0-200.0)

(1) Labo. exécutant : UNITE DE BIOLOGIE SPECIALISEE - ()

**LABO SOCRATE**  
مختبر التحليلات الطبية سقراط  
Rés. Masurel, Rue Socrate, Imm C N°4 - 20 000 Casablanca  
Tél: 0522 25 85 08 - Fax: 0522 25 85 08  
Email: labo.socrate@menara.ma

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI