

# 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0041949

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

5269

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2335

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

KAISSE Mohamed

Date de naissance :

1er 07 1951

Adresse :

habituelle

Tél : 06 61 93 98 77

Total des frais engagés :

534 MUPRAS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

121026587

Nom et prénom du malade :

KAISSE Mohamed

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

ML - 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 : Dar oued Zidouh

Le : 14 / 12 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 041949

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
15/10/2020		0	150 000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE ELFALAH</b> 174 Av. Hassan I Dar Old Zidouh T : 05.23.46.51.30	10/12/20	384,50

[illegible][illegible]

**VOLET ADHERENT**

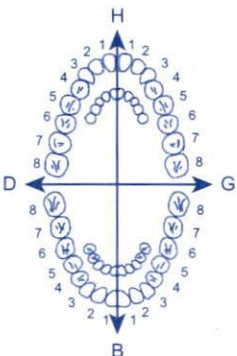
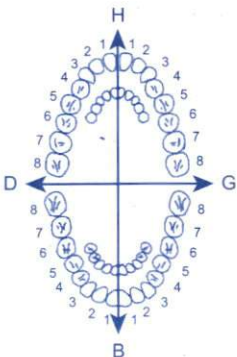
**\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

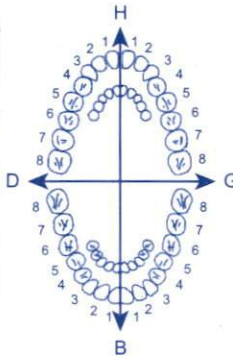
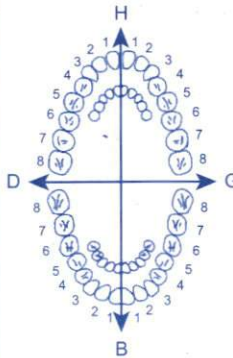
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'état de la dent.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D ————— G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D ————— G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		
	<div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <hr/> <b>D</b>                  <b>G</b>            00000000    00000000            35533411    11433553  <hr/> <b>B</b> </div>		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b>		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

Coefficient DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
Coefficient DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Docteur BENNIS M. Mekki

Expert Assermenté

Elément L.N Médecine de Travail

Elément L.N Médecine de Sport

Spécialiste Coloposcopie

Echographie

Diététique et Nutrition

Maladie du Sein



الدكتور بنيس محمد المكي

خبير محلف

عضو ج.م. لطب الشغل

عضو ج.م. لطب الرياضة

الفحص بالصدى

INPE : 121026587



121026587

Dar Ouled Zidouh, le : .....

14 DEC 2020

384.50

18.00

96.00

170.00

26.70

73.80

PHARMACIE ELFALAH  
174 Av. Hassan I  
Dar Oud Zidouh  
Tél : 05.23.46.51.30

N° LOT : L 2657  
DATE DE PER : 10/23  
PVC : 96,00 DH



## Célestène® chronodose® 5,70 mg/ml, suspension injectable

Bétaméthasone

Veuillez lire attentivement cette notice :

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin.
- Ce médicament vous a été prescrit si les signes de votre maladie sont récurrents.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice, consultez votre médecin.



611 800115 010 6  
**CELESTÈNE Chronodose 1 Amp**  
 P.P.V. : 28,70DH  
**AMM 19 / 14DMP/21/NTT**  
 Distribué par MSD Maroc  
 B.P. 139 Bouskoura

Les informations importantes pour vous.

...ées. Il pourrait leur être nocif, même si elles sont bénignes. Ceci s'applique aussi à tout

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que CELESTÈNE CHRONODOSE 5,70 mg/ml, suspension injectable et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser CELESTÈNE CHRONODOSE 5,70 mg/ml, suspension injectable ?
3. Comment utiliser CELESTÈNE CHRONODOSE 5,70 mg/ml, suspension injectable ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver CELESTÈNE CHRONODOSE 5,70 mg/ml, suspension injectable ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.
1. QU'EST-CE QUE CELESTÈNE CHRONODOSE 5,70 mg/ml, suspension injectable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : corticoïdes à usage systémique non associés, code ATC : H02AB01.

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire (rhinite allergique, maladie des membranes hyalines).

Il peut être utilisé en injection locale.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER CELESTÈNE CHRONODOSE 5,70 mg/ml, suspension injectable ?

## USAGE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE

N'utilisez jamais CELESTÈNE CHRONODOSE 5,70 mg/ml, suspension injectable dans les cas suivants :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- allergie à l'un des autres composants contenus dans ce médicament,
- mentionnés dans la rubrique 6,
- troubles de la coagulation, traitement anticoagulant en cours en cas d'injection intramusculaire ou en cas d'injection locale.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin, en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (voir Autres médicaments et CELESTÈNE CHRONODOSE 5,70 mg/ml, suspension injectable).

## USAGE LOCAL

N'utilisez jamais CELESTÈNE CHRONODOSE 5,70 mg/ml, suspension injectable dans les cas suivants :

- infections,
- allergie à l'un des constituants,
- troubles de la coagulation, traitement anticoagulant en cours.

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

## Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser CELESTÈNE CHRONODOSE 5,70 mg/ml, suspension injectable.

Contactez votre médecin en cas de vision floue ou d'autres troubles visuels.

## Mises en garde

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

## USAGE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE

## AVANT LE TRAITEMENT

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladies du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison du risque de maladie parasitaire.

## PENDANT ET APRÈS LE TRAITEMENT

Éviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole. Prévenir votre médecin si des douleurs ou de la fièvre apparaissent après l'injection. Les injections répétées risquent d'entraîner des symptômes d'hypercorticisme (prise de poids, gonflement, hypertension...) et de déséquilibrer un diabète, des troubles mentaux ou une hypertension artérielle sévère.

## USAGE LOCAL

En l'absence de données concernant le risque de calcification, il est préférable d'éviter l'administration d'un corticoïde en intra-discal.

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente et de maladies virales en évolution (hépatite virale, herpès, varicelle, zona).

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

Prévenir votre médecin si des douleurs ou de la fièvre apparaissent après l'injection. Les injections répétées risquent d'entraîner des symptômes d'hypercorticisme (prise de poids, gonflement, hypertension...) et de déséquilibrer un diabète, des troubles mentaux ou une hypertension artérielle sévère.

## Précautions d'emploi

Ce médicament contient du sodium. Le taux de sodium est inférieur à 1 mmol par dose, c'est-à-dire « sans sodium ».

En cas de traitement au long cours par corticoïdes, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel de sodium, en sucres rapides et riche en protéines.

Un apport en calcium, vitamine D et éventuellement en potassium pourra également vous être prescrit.

Autres médicaments et CELESTÈNE CHRONODOSE 5,70 mg/ml, suspension injectable

## USAGE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament, y compris des médicaments obtenus sans ordonnance, et notamment des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque : astémizole, bédripil, érythromycine en injection intra-veineuse, halofantrine, pentamidine, sparfloxacin, sulopride, terféridine, vinamine.

Certains médicaments peuvent augmenter les effets de CELESTÈNE CHRONODOSE et il est possible que votre médecin souhaite vous surveiller attentivement si vous prenez ces médicaments (y compris certains médicaments pour traiter l'infection à VIH : ritonavir, cobicistat).

## Grossesse et allaitement

## USAGE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE

## Grossesse

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

# OFIKEN®

Céfixime

## Lisez attentivement l'intégralité de cette notice

- Elle contient des informations importantes sur
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement
- cas de symptômes identiques, car cela pourr
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir bes

LOT 202031 1  
EXP 08 22  
PPV 170.00 DH

cement.

Informations à votre médecin ou  
à quelqu'un d'autre, même en

## DENOMINATION :

OFIKEN® 200 mg, comprimés pelliculés.

OFIKEN® 100 mg/5 ml, poudre pour suspension buvable.

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

### OFIKEN® 200 mg, comprimés pelliculés

Céfixime trihydraté, quantité correspondant à céfixime anhydre..... 200 mg

Excipients..... q.s.p un comprimé pelliculé.

### OFIKEN® 100 mg/5 ml, poudre pour suspension buvable

Céfixime trihydraté, quantité correspondant à céfixime anhydre..... 100 mg

Excipients..... q.s.p 5 ml de suspension reconstituée.

## FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION :

OFIKEN® 200 mg, comprimé pelliculé, boîtes de 8 et 16.

OFIKEN® 100 mg/5 ml :

Poudre pour suspension buvable en flacon de 30 ml soit 150 doses-kg

Poudre pour suspension buvable en flacon de 60 ml soit 300 doses-kg

Poudre pour suspension buvable en flacon de 100 ml soit 500 doses-kg

Toutes les présentations peuvent ne pas être commercialisées.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

Antibiotiques de la famille des bêta-lactamines du groupe des céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération.

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

### Comprimé pelliculé :

Ce médicament est indiqué dans le traitement des :

- Otites et sinusites aiguës,
- Infections bronchiques et pulmonaires,
- Certaines infections urogénitales.

### Poudre pour suspension buvable :

Ce médicament est indiqué chez l'enfant de plus de 6 mois, dans le traitement des :

- Infections bronchiques et pulmonaires,
- Otites moyennes aiguës,
- Certaines infections urinaires.

## ATTENTION !

### a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament ?

#### Poudre pour suspension buvable et comprimé pelliculé :

- Allergie connue aux antibiotiques du groupe des céphalosporines, ou à l'un ds excipients de ces médicaments.

#### Comprimé pelliculé :

- Enfant de moins de 12 ans.

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

### b) Mises en garde spéciales et précautions d'emploi :

#### Mises en garde spéciales :

Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin. En effet, la survenue d'une réaction allergique impose l'arrêt du traitement. Il existe une possibilité d'allergie (5 à 10% des cas) chez les sujets allergiques aux pénicillines ou autres bêta-lactamines. Signaler à votre médecin toute allergie ou manifestations allergiques survenues lors de traitement par les antibiotiques du groupe des pénicillines.

En cas de diarrhée survenant au cours du traitement, prenez rapidement avis auprès de votre médecin. Ne prenez pas de traitement antidiarrhéique sans prescription médicale.

Si vous avez déjà eu une anémie hémolytique après la prise d'un antibiotique de la famille des céphalosporines y compris OFIKEN (diminution des globules rouges, ce qui peut entraîner une pâleur, une faiblesse ou un essoufflement), vous devez prévenir votre médecin avant de prendre ce médicament.

Si vous avez une réaction cutanée sévère de type éruption de bulles avec décollement de la peau pouvant rapidement s'étendre à tout le corps et vous mettre en danger (Syndrome de Lyell, syndrome de Stevens-Johnson) ou un syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse (DRESS), pendant ou après le traitement, vous devez informer immédiatement votre médecin.

Poudre pour suspension buvable : En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).

#### Précautions d'emploi :

- Insuffisance Rénale : Il est important de prévenir votre médecin de toutes maladies rénales en raison de la nécessité d'adapter la dose quotidienne du traitement.

Poudre pour suspension buvable : Chez l'enfant de moins de 6 mois, à ce jour, en l'absence d'études précises, il est recommandé de ne pas utiliser OFIKEN®.

Les suspensions buvables contiennent 2,53 g de saccharose par 5 ml dont il faut en tenir compte dans la ration journalière en cas de régime pauvre en sucre ou en cas de diabète.

#### Comprimé pelliculé :

Grossesse et allaitement en raison de l'absence de données précises.

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

### c) Interactions médicamenteuses ou autres interactions :

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Examens paracliniques: les examens suivants peuvent être perturbés par la prise de ce médicament :

- Recherche de cétones dans les urines ;
- Recherche d'une glycosurie (glucose dans les urines) ;
- Test de diagnostic de certains maladies du sang.

### d) Grossesse - 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

L'allaitement est possible en cas de traitement par ce médicament. Toutefois, si des troubles digestifs (diarrhée, candidose) ou des éruptions cutanées apparaissent chez votre enfant, stoppez l'allaitement maternel ou la prise de médicament et consultez rapidement votre médecin.

# Doliprane <sup>®</sup> vitamine C

Paracétamol 500 mg + Vitamine C 150 mg

## COMPOSITION :

Paracétamol = 500 mg, Acide ascorbique

## FORMES et PRÉSENTATIONS :

Comprimé effervescent : Boîte de 16.

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

ANALGESIQUE ET ANTIPYRÉTIQUE.

Ce médicament contient du paracétamol et de la vitamine C.

Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

## COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

### Posologie

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT A PARTIR DE 27 KG. POUR LES ENFANTS PESANT MOINS DE 27 KG, IL EXISTE D'AUTRES PRÉSENTATIONS DE PARACÉTAMOL : DEMANDEZ CONSEIL À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

**Chez l'enfant :** il est impératif de respecter les posologies définies en fonction du poids de l'enfant. Si vous ne connaissez pas le poids de l'enfant, il faut le peser afin de lui donner la dose la mieux adaptée.

La dose quotidienne de paracétamol recommandée est d'environ 60 mg/kg/jour, à répartir en 4 ou 6 prises, soit environ 15 mg/kg toutes les 6 heures ou 10 mg/kg toutes les 4 heures.

SE CONFORMER STRICTEMENT À LA PRÉSCRIPTION MÉDICALE.

A titre informatif, la posologie est :

- pour les enfants de 27 à 40 kg (environ 8 à 13 ans) : 1 comprimé par prise, à renouveler si besoin au bout de 6 heures, sans dépasser 4 comprimés par jour.
- pour les enfants de 41 à 50 kg (environ 12 à 15 ans) : 1 comprimé par prise, à renouveler si besoin au bout de 4 heures, sans dépasser 6 comprimés par jour.

**Pour les adultes et enfants dont le poids est supérieur à 50 kg (à partir d'environ 15 ans) :** La posologie usuelle est de 1 à 2 comprimés par prise, à renouveler en cas de besoin au bout de 4 heures minimum. Il n'est généralement pas nécessaire de dépasser 3 g de paracétamol par jour, soit 6 comprimés. Cependant en cas de douleurs plus intenses, et **sur avis de votre médecin**, la dose totale peut être augmentée jusqu'à 4 g de paracétamol par jour, soit 8 comprimés par jour.

NE JAMAIS PRENDRE PLUS DE 4 g DE PARACÉTAMOL PAR JOUR, (en tenant compte de tous les médicaments contenant du paracétamol dans leur formule).

## FREQUENCE ET MOMENTS AUXQUELS LE MÉDICAMENT DOIT ÊTRE ADMINISTRÉ

Les prises systématiques permettent d'éviter les oscillations de douleur ou de fièvre :

- chez l'enfant, elles doivent être régulièrement espacées, y compris la nuit, de préférence de 6 heures et d'au moins 4 heures
- chez l'adulte, elles doivent être espacées de 4 heures minimum.

## MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Voie orale. Boire immédiatement après dissolution complète du comprimé dans un grand verre d'eau.

## QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE Doliprane Vitamine C, comprimé effervescent ?

VOUS (OU VOTRE ENFANT) NE DEVEZ PAS PRENDRE ce médicament si :

- vous (ou votre enfant) êtes allergique au paracétamol ou à l'un des constituants du comprimé effervescent,
- vous (ou votre enfant) souffrez d'une maladie grave du foie,
- vous (ou votre enfant) souffrez de calcul rénal.

PPV18DH00  
PER 11/23  
LOT J3153

effervescent.



# IXOR®

(Oméprazole)

PPV 73DH80  
EXP 06/2022  
LOT 06043

## FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS

- Comprimés effervescent dosés à 20 mg en boîte de 7, 14 et 28
- Comprimés effervescent dosés à 10 mg en boîte de 7, 14 et 28

## COMPOSITION QUALITATIVE

Comprimé effervescent à 20 mg

Oméprazole ..... 20 mg

Excipient : qsp ..... 1 comprimé effervescent

Comprimé effervescent à 10 mg

Oméprazole ..... 10 mg

Excipient : qsp ..... 1 comprimé effervescent

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Inhibiteur de la pompe à protons

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

### Adultes :

- Ulcère duodénal évolutif
- Ulcère gastrique évolutif
- Eradication de l'*Helicobacter pylori* en association à une bithérapie antibiotique dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux *Helicobacter pylori* négatifs ou si l'éradication n'a pas été possible
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien
- Œsophagite érosive par reflux gastro-œsophagien
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien
- Syndrome de Zollinger-Ellison
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les AINS
- Prévention des lésions gastroduodénales lors des traitements par AINS chez les patients à risque pour lesquels le traitement anti-inflammatoire est indispensable.

### Enfant à partir de 1 an :

Œsophagite érosive ou ulcéraire symptomatique par reflux gastro-œsophagien

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

En cas d'ulcère gastrique, il est recommandé de vérifier la bénignité de la lésion avant traitement.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Kétoconazole, Itraconazole : diminution de l'absorption de l'azolé antifongique par augmentation du pH intragastrique par l'Oméprazole.

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, SIGNEZ SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

- Grossesse : l'utilisation de l'oméprazole ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.
- Allaitement : en raison du passage de l'oméprazole dans le lait maternel, l'allaitement est à éviter.

D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT

## LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

- Aspartam
- Sodium : en cas de régime désodé ou hyposodé, tenir compte de la teneur en sodium :
- IXOR® 20 mg : environ 765,73 mg de sodium par comprimé effervescent
- IXOR® 10 mg : environ 768,61 mg de sodium par comprimé effervescent

## POSOLOGIE USUELLE, VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION

### Adulte :

#### 1 - Posologie :

- Eradication de l'*Helicobacter pylori* : 1 comprimé effervescent à 20 mg matin et soir associé à une bithérapie antibiotique pendant 7 jours. Cette trithérapie sera suivie par 1 comprimé effervescent à 20 mg/j pendant 3 semaines supplémentaires en cas d'ulcère duodénal évolutif ou 3 à 5 semaines supplémentaires en cas d'ulcère gastrique évolutif.
- Ulcère duodénal évolutif : 1 comprimé effervescent à 20 mg/jour pendant 4 semaines.
- Ulcère gastrique évolutif : 1 comprimé effervescent à 20 mg/jour pendant 4 à 6 semaines.