

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

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

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014899

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00845 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAOULI Toufia Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

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'adjudant conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0014899

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 :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Chet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Chet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																		
	SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												CŒFFICIENT DES TRAVAUX		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																														
			MONTANTS DES SOINS																															
			DEBUT D'EXECUTION																															
			FIN D'EXECUTION																															
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX																															
			MONTANTS DES SOINS																															
			DATE DU DEVIS																															
			DATE DE L'EXECUTION																															
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>25533412</td><td>21433552</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> <tr><td colspan="2">[Création, remont, adjonction]</td></tr> <tr><td colspan="2">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> </tbody> </table>	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	35533411	11433553	B		[Création, remont, adjonction]		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession								CŒFFICIENT DES TRAVAUX											
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																																	
	H	G																																
	25533412	21433552																																
	00000000	00000000																																
	35533411	11433553																																
	B																																	
	[Création, remont, adjonction]																																	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																	
MONTANTS DES SOINS																																		
DATE DU DEVIS																																		
DATE DE L'EXECUTION																																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																		

conditions générales

POUR LE PRATICIEN

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

- S = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- NPSY = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- N = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- D = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- C = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- D = Visite de dimanche par le médecin au domicile du malade
- C = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- R = Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie
- B = Actes de chirurgie et de spécialités

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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

REVENTGRIUM

EJOUR EN MAISON DE REPOS

ES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit

des actes répétés en plusieurs séances ou actes
obaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE.

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit revenir 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 Prevoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 0207271

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom: FA OULI TOUDA

Matricule: 000 845 Fonction: Veuve Poste:

Adresse: SIDI EL KHADIR Rue 37 n° 4 H.H. CASA

Tél.: 06 67 78 24 71 Signature Adhérent:

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient: FA OULI TOUDA Age: 51

Lien de Parenté avec l'adhérent: Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin: 04/07/2019

Nature de la maladie: Bronchite

S'il s'agit d'un accident: Causes et circonstances

A: casa, le: 28/06/2019 Signature et cachet du médecin:

Durée d'utilisation 3 mois

[Large blue rectangular stamp from "MUPRAS" with a smaller circular stamp below it, both containing the date "04 JUIL 2019".]

RELEVE 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
28/06/2019			200 X 1 = 200	
06/07/2019			6	
07/07/2019			300 X 1 = 300	
07/07/2019	De peans		300 X 1 = 300	ACHIA Anesthésiste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	02/07/1999	318,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détailé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

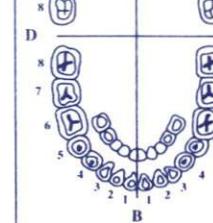
Important : Veuillez joindre les Radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H		H	
D	25533412	21433552	C
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	B

G (Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANT DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
<hr/>	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANT DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E



ORDONNANCE

Op. 12019

1 - ~~I~~ circ colpyn
wth satj. \rightarrow 7)

35.70 18% 15%
2 - Tabnaclex 100%
18% 5% 15% \Rightarrow 100%

26,40
3 - Index pd
one day 6 Jan → 10/


3216
Rondell  Stein

196, Fo₅- sephen 500 mg

318,60

TOBRADEX® , collyre en suspension

Dexaméthasone, Tobramycin



6 118001 070596

Laboratoires SotHEMA Bouskoura

Tobradex collyre en suspension, 5 ml

A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI

PPV : 35,70 DHS

0406833

Veuillez lire attentivement l'intégralité de ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la re lire.
- 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 à votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que TOBRADEX, collyre en suspension et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser TOBRADEX, collyre en suspension ?
3. Comment utiliser TOBRADEX, collyre en suspension ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver TOBRADEX, collyre en suspension ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE TOBRADEX, collyre en suspension ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

ASSOCIATION CORTICOÏDE/ANTI-INFECTIEUX par voie locale.

(S : organes sensoriels).

La dexaméthasone base est un ANTI-INFLAMMATOIRE stéroïdien puissant.

La tobramycine est un ANTIBIOTIQUE de la famille des aminosides.

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines inflammations et infections de l'œil :

- après chirurgie de l'œil,
- dans des infections avec inflammation, dues à des bactéries pouvant être combattues par l'antibiotique contenu dans ce médicament.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER TOBRADEX, collyre en suspension ?

N'utilisez jamais TOBRADEX, collyre en suspension :

- antécédents d'allergie à l'un des constituants du collyre, notamment la tobramycine (antibiotique de la famille des aminosides),
- infection débutante de l'œil d'origine virale,
- affection mycosique.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin :

- pendant la grossesse et l'allaitement,
- en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (voir Prise d'autres médicaments),
- en association avec d'autres aminosides administrés simultanément (voir Prise d'autres médicaments),
- en association avec les polymyxines par voie parentérale (voir Prise d'autres médicaments),
- en association avec la toxine botulique (voir Prise d'autres médicaments).

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

Faites attention avec TOBRADEX, collyre en suspension :

Mises en garde spéciales

- En cas d'hypersensibilité, le traitement doit être arrêté.
- Chez certains patient

SEPCEN® 250 mg, SEPCEN® 500 et SEPCEN® 750 mg
Boîte de 10 comprimés pelliculés
ciprofloxacine

D : 2139
P : 05-2022
PPY : 1
Date de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou 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 votre pharmacien. Voir la rubrique 4.

• Que contient cette notice :

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

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre SEPCEN® ?

3. Comment prendre SEPCEN® ?

4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

5. Comment conserver SEPCEN® ?

6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE SEPCEN® ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : Fluoroquinolone - code ATC : J01MA02.

SEPCEN® contient une substance active, la ciprofloxacine.
La ciprofloxacine est un antibiotique appartenant à la famille des fluoroquinolones. Elle agit en tuant les bactéries responsables des infections. Elle est active contre certaines souches spécifiques de bactéries.

Adultes:

Chez l'adulte, SEPCEN® est utilisé pour traiter les infections bactériennes suivantes :

- Infections des voies respiratoires.
- Infections persistantes ou récurrentes de l'oreille ou des sinus.
- Infections urinaires.
- Infections des testicules.
- Infections des organes génitaux chez la femme.
- Infections gastro-intestinales et infections intra-abdominales.
- Infections de la peau et des tissus mous.
- Infections oculaires et des articulations.

Prévention des infections dues à la bactérie *neisseria meningitidis*.

Exposition à la maladie du charbon.

SEPCEN® peut être utilisé dans le traitement de patients présentant un faible taux de globules blancs (neutropénie), et ayant de la fièvre, dont on suppose qu'une bactérie en est la cause.

Si vous présentez une infection sévère ou une infection due à différents types de bactéries, un traitement antibiotique additionnel pourra vous être prescrit en complément de SEPCEN®.

Chez l'enfant et l'adolescent:

SEPCEN® est utilisé chez l'enfant et l'adolescent, sous le contrôle d'un spécialiste, pour traiter les infections bactériennes suivantes :

- Infections des poumons et des bronches chez l'enfant et l'adolescent atteint de mucoviscidose.
- Infections urinaires compliquées, y compris les infections ayant atteint les reins (Pyelonephrite).

Exposition à la maladie du charbon.

SEPCEN® peut également être utilisé pour traiter d'autres infections sévères spécifiques de l'enfant et de l'adolescent si votre médecin le juge nécessaire.

2. QUELLES SONT LES INFECTIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE SEPCEN® ?

• Ne prenez jamais SEPCEN® dans les cas suivants :

• Vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active, aux autres quinolones ou à l'un des autres composants contenus dans SEPCEN® (voir rubrique 6).

• Vous prenez de la tizanidine (voir rubrique 2: Prise d'autres médicaments).

• Mise en garde et précaution d'emploi :

Consultez votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre SEPCEN® si :

• Vous avez déjà présenté des problèmes rénaux car il pourra être nécessaire d'adapter votre traitement.

• Vous souffrez d'épilepsie ou d'une autre affection neurologique.

• Vous avez déjà eu des problèmes aux tendons avec des antibiotiques de la même famille que SEPCEN®.

• Si vous êtes diabétique parce que la ciprofloxacine risque de vous occasionner une hypoglycémie.

• Vous souffrez de myasthénie (maladie rare qui entraîne une faiblesse musculaire) en raison du risque d'aggravation des symptômes.

• Si vous savez que vous présentez, ou un membre de votre famille présente un déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD), car la ciprofloxacine peut vous occasionner une anémie.

• Vous avez des problèmes cardiaques.

• Vous avez reçu un diagnostic d'hypertrophie ou de "renflement" d'un gros vaisseau sanguin (anévrisme aortique ou anévrisme périphérique d'un gros vaisseau).

• Vous avez déjà eu un épisode antérieur de dissection aortique (une déchirure

de la paroi aortique).

• Si vous présentez des antécédents familiaux d'anévrisme aortique ou de dissection aortique ou d'autres facteurs de risque ou affections prédisposantes (par exemple, des troubles du tissu conjonctif comme syndrome de Marfan ou d'hydrops d'Ehlers-Danlos vasculaire, ou des troubles vasculaires comme l'artérite de Takayasu, l'artérite à cellules géantes, la maladie de Bechet, l'hypertension artérielle ou une athérosclérose connue).

Ce type de médicament doit être utilisé avec prudence si vous êtes née(e) avec ou avez des antécédents familiaux de prolongation de l'intervalle QT (anomalie observée à l'ECG), qui est un enregistrement électrique de l'activité cardiaque), si vous présentez un déséquilibre électrolytique dans le sang (en particulier des faibles concentrations de potassium ou de magnésium dans le sang), si vous avez un rythme cardiaque très lent (ou « bradycardie »), si votre cœur est affaibli (insuffisance cardiaque), si vous avez déjà eu une crise cardiaque (infarctus du myocarde), si vous êtes une femme ou une personne âgée ou si vous prenez d'autres médicaments qui entraînent des anomalies au niveau de l'ECG (voir la rubrique Prise d'autres médicaments).

Pour le traitement de certaines infections de l'appareil génital, votre médecin peut prescrire une autre antibiotique en association à SEPCEN®. Si aucune amélioration des symptômes n'est observée après 3 jours de traitement, veuillez consulter votre médecin.

Pendant la prise de SEPCEN® :

Prévenez immédiatement votre médecin, si l'un des troubles suivants se produit pendant que vous prenez SEPCEN®. Votre médecin déterminera si le traitement par SEPCEN® doit être interrompu :

• Réaction allergique sévère et soudaine (réaction/choc anaphylactique, angioédème). Dès la première dose, il existe un faible risque que vous présentez une réaction allergique sévère, qui se manifeste par les symptômes suivants : oppression dans la poitrine, vertiges, nausées ou évanouissements, ou vertiges lors du passage en position debout. Si vous ressentez ces symptômes, arrêtez de prendre SEPCEN® et contactez immédiatement votre médecin.

• Si vous avez des troubles de la vision ou si vos yeux semblent être autrement affectés, consultez immédiatement un ophtalmologiste.

• Des douleurs ou gonflements des tendons des tendinites peuvent se produire, notamment au bras. Si vous êtes âgé(e) et que vous recevez également un traitement à base de corticoïdes. Une inflammation et des ruptures des tendons peuvent survenir y compris dans les premières 48 heures du traitement ou jusqu'à plusieurs mois après l'arrêt du traitement par la ciprofloxacine. Au premier signe de douleur ou d'inflammation, arrêtez de prendre SEPCEN® et mettez la zone douloureuse au repos. Evitez tout effort inutile, car cela pourrait accroître le risque de rupture des tendons.

• Si vous souffrez d'épilepsie ou d'autres affections neurologiques comme une ischémie cérébrale ou un accident vasculaire cérébral, des effets indésirables affectant le système nerveux central pourraient se produire. Si tel était votre cas, arrêtez de prendre SEPCEN® et contactez immédiatement votre médecin.

• Des réactions psychiatriques peuvent se produire la première fois que vous prenez SEPCEN®. Si vous souffrez de dépression ou de psychose, vos symptômes pourraient s'aggraver lors du traitement par SEPCEN®. Si cela se produit, arrêtez de prendre SEPCEN® et contactez immédiatement votre médecin.

• Vous pouvez présenter des symptômes de neuropathie tels que douleur, sensation de brûlure, picotement, engourdissements et/ou faiblesse. Si cela se produit, arrêtez de prendre SEPCEN® et contactez immédiatement votre médecin.

• Des cas d'hyponglycémie ont été rapportés le plus souvent chez des patients diabétiques, principalement dans la population âgée. Si cela se produit, contactez immédiatement votre médecin.

• Vous pouvez souffrir de diarrhées lorsque vous prenez des antibiotiques, notamment SEPCEN®, même plusieurs semaines après que vous avez arrêté de les prendre. En cas d'aggravation ou de persistance de ces diarrhées, ou si vous remarquez que vos selles contiennent du sang ou du mucus, arrêtez immédiatement de prendre SEPCEN®, car votre vie pourrait être mise en danger. Ne prenez pas de médicaments visant à bloquer le transit intestinal et contactez votre médecin.

• Si vous devez subir un prélèvement de sang ou d'urine, prévenez le médecin ou le technicien du laboratoire d'analyses que vous prenez SEPCEN®.

• Si vous avez des problèmes rénaux, prévenez votre médecin car la dose de SEPCEN® devra éventuellement être adaptée.

• SEPCEN® peut provoquer des lésions hépatiques. Si vous remarquez des symptômes tels que : perte de l'appétit, ictere (jaunissement) urines foncées, démangeaisons, ou sensibilité de l'estomac à la palpation, arrêtez de prendre SEPCEN® et contactez immédiatement votre médecin.

• SEPCEN® peut entraîner une diminution du nombre de globules blancs, et réduire votre résistance aux infections. Si vous présentez une infection accompagnée de symptômes tels que de la fièvre et une détérioration grave de votre état, ou de la fièvre accompagnée de symptômes d'infection localisée, tels que des douleurs dans la gorge/le pharynx/la bouche ou des problèmes urinaires, consultez immédiatement votre médecin. Une analyse de sang sera effectuée afin de rechercher une diminution éventuelle du nombre de globules blancs (agranulocytose). Il est important que vous indiquiez à votre médecin que vous prenez ce médicament.

• Pour prévenir que votre médecin si vous ou un membre de votre famille présentez un déficit avéré en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD), car vous pourriez risquer de présenter une anémie avec la ciprofloxacine.

• Votre peau devient plus sensible au soleil ou aux rayons ultraviolets (UV) lorsque vous prenez SEPCEN®. Evitez de vous exposer de façon prolongée au soleil ou à des rayons UV artificiels tels que ceux utilisés dans les cabines de bronzage.

• Si vous ressentez une douleur soudaine et intense au niveau de l'abdomen,

de la poitrine ou du dos, rendez-vous d'un hôpital.

Autres médicaments et SEPCEN® :

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament obtenu sans ordonnance, informez votre pharmacien.

Ne prenez pas SEPCEN® en même temps que certains médicaments qui pourraient provoquer des effets indésirables. Les médicaments suivants sont connus pour ces organismes. La prise de SEPCEN® en même temps peut modifier l'effet thérapeutique de ces derniers et augmenter la probabilité de ressentir des effets indésirables.

• Des antivitamines K (ex, la warfarine) (désignées à fluidifier le sang).

• Du probénécide (utilisé pour traiter la goutte).

• Du méthotrexate (utilisé pour traiter la polyarthrite rhumatoïde).

• De la dephénylamine (utilisée pour traiter les crises de la sclérose en plaques).

• Olanzapine (un antipsychotique).

• Du clozapine (un antipsychotique).

• Du ropinirole (utilisé pour traiter la maladie de Parkinson).

• De la phénytoïne (utilisée pour traiter les crises épileptiques).

• Du métoclopramide (utilisé dans les nausées et vomissements).

• Ciclosporine (utilisée dans les maladies auto-immunes).

• Cyclospamycin (utilisé dans le diabète de type 2).

Autres médicaments pouvant modifier les concentrations de SEPCEN® : Les médicaments appartenant au groupe des quinolines, l'hydroquinidine, le disopyramide, l'ofotéfénide, l'ibutilide, les antidépresseurs appartenant à la famille des macrolides et les sulfamates peuvent augmenter la concentration de SEPCEN®.

• La pentoxifylline (utilisée pour traiter la maladie de Parkinso).

• La caféïne.

• Duloxétine (utilisée dans la dépression ou dans l'incontinence urinaire).

• Lidocaine (utilisée dans les malades cardiaques).

• Sulfénalïf (par exemple, dans les troubles de l'apnée).

• Agomelatine.

• Zolpidème.

Certains médicaments atténuent les effets de SEPCEN® : si vous prenez ou envisagez de prendre :

• Des antiacides.

• Des compléments minéraux.

• Du saccharine.

• Un chélateur polymérique du phosphore.

• Des médicaments ou des compléments alimentaires contenant de l'aluminium ou du fer.

Il est essentiel pour vous de prendre ce médicament au moins deux heures avant ou quatre heures après les repas.

Si vous prenez SEPCEN® en dehors des repas, laissez que du lait ou du yaourt entre lorsque vous prenez ces comprimés, car la substance adhère au lait.

• Goutteux et allongement :

Il est préférable d'éviter d'utiliser SEPCEN® pendant l'allaitement.

• Effets sur la capacité de conduire et de marcher :

SEPCEN® peut diminuer votre niveau de conscience et entraîner des réactions neurologiques peuvent se produire. Assurez-vous que SEPCEN® avant de conduire.

En cas de douleur, parlez-en avec votre médecin.

• Informations importantes concernant l'usage.

3. COMMENT PRENDRE SEPCEN®

Votre médecin va vous expliquer précisément ce que vous devez prendre, à quelle fréquence et pendant combien de temps.

Préférez-vous prendre SEPCEN® pendant l'allaitement ?

• Assurez-vous que SEPCEN® avant de conduire.

• Assurez-vous que SEPCEN® avant de marcher.

• Assurez-vous que SEPCEN® avant de conduire.

STERDEX pomade ophthalmique

Dexaméthasone 0,267 mg /
Oxytétracycline 1,335 mg
PPV : 26,40 DH



6 118001 100378

Enreg. MA : n° 338R1/17 DMP/21/NRQ
338R1/17 DMP/21/NRQ

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri. 20 110 Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

22986



retard de
AS HÉSITE.

DECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

SERVATION

PAS DÉPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE
DITONNEMENT EXTÉRIEUR.

CAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION

nsérer à une température inférieure à 25°C. Après usage, le récipient unidose
être jeté. Ne pas réutiliser un récipient unidose déjà entamé.

de révision de la notice : Décembre 2010

d'approbation de la notice en Algérie : Septembre 2013

seils/Education sanitaire :**savoir sur les antibiotiques ?**

antibiotiques sont efficaces pour combattre les infections dues aux bactéries. Ils
ont pas d'efficacité contre les infections dues aux virus.

, votre médecin a choisi de vous prescrire cet antibiotique parce qu'il convient
séquemment à votre cas et à votre maladie actuelle.

bactéries ont la capacité de survivre ou de se reproduire malgré l'action d'un
antibiotique.

phénomène est appelé résistance : il rend certains traitements antibiotiques inactifs.
La résistance s'accroît par l'usage abusif ou inapproprié des antibiotiques.

risquez de favoriser l'apparition de bactéries résistantes et donc de retarder
la guérison ou même de rendre inactif ce médicament, si vous ne respectez pas :

ose à prendre,
moments de prise,
la durée de traitement.

conséquence, pour préserver l'efficacité de ce médicament :

utilisez un antibiotique que lorsque votre médecin vous l'a prescrit.

respectez strictement votre ordonnance.

ne réutilisez pas un antibiotique sans prescription médicale même si vous
voulez combattre une maladie apparemment semblable.

ne donnez jamais votre antibiotique à une autre personne, il n'est peut-être
pas adapté à sa maladie.

ne fois votre traitement terminé, rapportez à votre pharmacien toutes
les boîtes entamées pour une destruction correcte et appropriée de ce
médicament.

E 1

gérie n°: 13/00/17D117/022

g. TN : 8443091

g. MA : 338R1/17 DMP/21/NRQ

N2680CA12MAG/1117

Important: lire attentivement!

Icin® 0.3 %

COMPOSITION :

Chaque ml contient :

Principe actif : Chlorhydrate de ciprofloxacine 3.5 mg (équivalent à 3.0 mg de ciprofloxacine base)

Agent conservateur : Chlorure de Benzalkonium 0.06 mg.

INDICATIONS :

Icin® solution ophtalmique stérile est un agent antibactérien à large spectre utilisé contre les infections oculaires, indiqué dans le traitement des ulcères cornéens et des infections superficielles de l'œil causées par des souches sensibles à la ciprofloxacine.

MISE EN GARDE :

Ne pas injecter dans l'œil.

Ce produit ophtalmique contient du chlorure de benzalkonium comme agent conservateur, qui peut se coller sur des lentilles de contact ; par conséquent, ce produit ne peut pas être utilisé quand les lentilles sont en place. Ces lentilles doivent être ôtées avant l'application de ce produit, et ne doivent pas être remises en place avant 15 minutes après l'utilisation.

CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des composants du produit.
- Allaitement.

PRÉCAUTIONS :

Le traitement doit être interrompu dès les premiers signes d'éruption cutanée ou de toute autre réaction d'hypersensibilité.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

vu que les données cliniques sur l'utilisation de la ciprofloxacine par voie systémique sont encore insuffisantes, l'utilisation de ce médicament ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.

L'administration de ce médicament fait contre indiquer l'allaitement.

PPV : 27 DH 50



cxacine 0.3 %

Ophtalmique stérile

6 281200 000395

EFFETS INDÉSIRABLES :

Sensation de brûlure locales transitoires, démangeaison, hyperhémie conjonctivale avec formation de croûtes sur les bords de la paupière, et des fois, goût amer après instillation.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Icin® solution ophtalmique stérile à usage oculaire, 1 à 2 gouttes, 3 à 4 fois par jour dans l'œil ou les yeux atteints ou selon les recommandations de votre médecin traitant.

CONSERVATION :

Conserver à une température de 15 à 25 °C.

Ne pas utiliser au-delà de 30 jours après la première ouverture du flacon.

PRESENTAION :

Icin® solution ophtalmique stérile, 5ml en flacon PEBD.
Tableau A (liste I).

(CECI EST UN MÉDICAMENT)

- Un médicament est un produit qui agit sur votre santé et sa consommation non conforme aux prescriptions vous expose à un danger.
- Respectez rigoureusement l'ordonnance de votre médecin et suivez le mode d'emploi donné par votre pharmacien.
- Votre médecin et votre pharmacien connaissent le médicament ses indications et ses contre-indications.
- N'interrrompez pas de votre propre initiative le traitement durant la période prescrite.
- Ne le reprenez pas sans consulter votre médecin.

NE LAISSER JAMAIS LES MÉDICAMENTS À LA PORTÉE DES ENFANTS.

Conseil des Ministres Arabes de la Santé & Syndicat des Pharmaciens Arabes

Ophthalmics

Icin® est un produit de qualité fabriqué par:

P.O.Box 6267 Jeddah -21442-Arabie Saoudite

جوجوم فارما
Jamjoom Pharma



bottu
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaâ - Casablanca - Maroc
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



Dr. Malika BOUKSIM

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie



الدكتورة بوعصيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمراض ما فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر.....

28 JUIN 2019

Casa le :-----

FAOULI - Tanda

cataracte d'OD

phaco d' OD

Puissance implant

OD : 22,5

CPA

Dr. BOUKSIM M.
OPHTHALMOLOGISTE
Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus
Imm. L30 1er étage N°5 Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 91 41 11



Casablanca, le 01/07/2019

FACTURE

Nom de patient : FAOULI TOUDA

Diagnostic : Cataracte

Acte : As Je prends thésine

Part Clinique : 150 DH

Part Medecin : 150 DH

Cachet et Signature

Dr. ACHIAKH Aissa
Anesthésiste - Réanimateur
CASA