

## 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

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-570804

ND. 44 237

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3325 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAHMOUNE MOSTAFA

Date de naissance : 25-10-1958

Adresse : 72 COOPERATIVE ECHABAR HAY AL HOUDA  
BERRECHID

Tél. : 0661533593 Total des frais engagés : 3479,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/10/2020

Nom et prénom du malade : ABOURASBA KHADIJA Age: 59ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Vésicule biliaire

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

09-10-2020





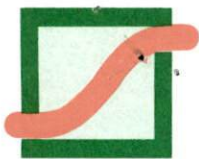
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
3/10	Voir facture	20	5000	INP : 09721425

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE YASMINA 77 RUE INNOU NAFIS HAY Yasmine Barrechid Tel: 05 22 53 31 85	09/10/2020	454,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laborant et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LOGIC S.C 28, Bd Modibo Keita Casablanca	09/10/2020		2125,00 DH

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412   21433552 00000000   00000000 D 00000000   00000000 35533411   11433553 G B			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	[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



# مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 08/10/2020

ABOURABBA KHADIJA

160, W

1/ Spectrum 200 mg

(S.V)

PHARMACIE YASMINA  
77 RUE IBRAHIM NAFIS  
Hay Yasmine Berrechid  
Tél: 05 22 53 31 88

4980

1 - 2/

2/ FLADYL 500 mg x 3/

(S.V)

112, W

2 - 3/

3/ Gentamycine 16 mg

(S.V)

1450

4/ Andol 1 g x 4/

(S.V)

118,50

5/ Ixor 20 mg 1 mg/ kg

URGENCES 24/24 مستعجلات

120

6) Vite C1000 mg

118, 80

1 y; 6 met

7) ZINASKIN cp

T= 154, 80 1 y; 6 met

~~PHARMACIE YASMINA~~

PHARMACIE YASMINA  
77 RUE IBRAHIM NAFIS  
HAY Yasmîna Berrechid  
Tel.: 05 22 83 31 88



# Spectrum® 250/500/750

(Ciprofloxacine)

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.  
Elle contient des informations importantes sur votre traitement et vos effets secondaires.  
Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez-les à votre pharmacien.  
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

160,00

## I. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT :

### FORMES/PRESENTATIONS :

Comprimé pelliculé :  
Spectrum 250 mg Boîte de 10.  
Spectrum 500 mg Boîte de 10.  
Spectrum 500 mg Boîte de 20.  
Spectrum 750 mg Boîte de 10.

### COMPOSITION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE

Ciprofloxacine ..... 250, 500 ou 750 mg Par comprimé pelliculé

**EXCIPIENTS COMMUNS :** Noyau : croscarmellose sodique, cellulose microcristalline, povidone, stéarate de magnésium, silice colloïdale, pelliculage : hypromellose, oxyde de titane, talc, propylène de glycol, PEG 6000.

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

Antibactérien de la famille des quinolones à usage systémique.

## II. DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT

### INDICATIONS :

La ciprofloxacine est un antibiotique de synthèse de la famille des fluoroquinolones.

Elles procèdent de l'activité antibactérienne et des caractéristiques pharmacocinétiques de la ciprofloxacine. Elles tiennent compte à la fois des études cliniques auxquelles a donné lieu ce médicament et de sa place dans l'éventail des produits antibactériens actuellement disponibles.

Elles sont limitées chez l'adulte au traitement :

- des infections urinaires basses et hautes, compliquées ou non (y compris prostatites),
- des infections intestinales,
- de relais des infections ostéoarticulaires,
- des infections ORL suivantes :

- sinusites chroniques ;
- poussées de surinfection des otites chroniques (quelle que soit leur nature), et des cavités d'évidement ;
- préparations préopératoires d'otites chroniques ostéiques ou cholestéatomateuses ;
- traitement de relais des otites malignes externes ;

- à l'exception des infections pneumococciques, aux suppurations bronchiques, notamment quand un bacille Gram-est suspecté :

- chez le sujet à risque (éthylisme chronique, tabagisme, sujet de plus de 65 ans, immunodéprimé) ;
- chez le bronchitique chronique lors de poussées itératives ;
- chez les patients atteints de mucoviscidose.

- des infections sévères à bacilles Gram - et à staphylocoques sensibles, dans leurs localisations rénale et urogénitale, y compris prostatique, pelvienne, gynécologique, intestinale, hépatobiliaire, ostéoarticulaire, cutanée, ORL et respiratoires.

Elles sont limitées chez l'enfant :

Chez l'enfant à partir de 5 ans atteint de mucoviscidose, dans des cas exceptionnels, après en avoir examiné le rapport bénéfice risque, traitement des suppurations bronchiques microbiologiquement documentées à *Pseudomonas aeruginosa*. Situations particulières : Traitement prophylactique, Post exposition et traitement curatif de la maladie du charbon.

Les streptocoques et pneumocoques n'étant que modérément sensibles à la ciprofloxacine, le produit ne doit pas être prescrit en première intention lorsque ce germe est suspecté. Au cours du traitement d'infections à *Pseudomonas aeruginosa* et à *Staphylococcus aureus*, l'émergence de mutants résistants a été décrite et peut justifier l'association d'un autre antibiotique. Une surveillance microbiologique à la recherche d'une telle résistance doit être envisagée en cas de suspicion d'échec.

Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibactériens.

# FLAGYL® 500 mg

Métronidazole

Comprimé pelliculé.

## 1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

### a) Dénomination :

FLAGYL 500 mg, comprimé pelliculé.

### b) Composition :

Métronidazole ..... 500mg.  
Excipients : amidon de blé, povidone K 30, stéarate de magnésium, hypromellose, macrogol 20000, pour un comprimé pelliculé.

### c) Forme pharmaceutique et présentation :

Comprimé pelliculé, boîte de 20.

### d) Classe pharmaco-thérapeutique :

ANTIBIOTIQUES ANTIBACTÉRIENS ANTI-PARASITAIRES de la famille des nitro-5-imidazolés.

## 2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certaines infections à germes sensibles (bactéries, parasites).

## 3. ATTENTION !

### a) Dans quel(s) cas ne pas utiliser ce médicament :

- Ce médicament ne doit jamais être utilisé dans les cas suivants :
  - allergie aux médicaments de la famille des imidazolés (famille d'antibiotiques à laquelle appartient le métronidazole),
  - intolérance ou allergie au gluten, en raison de la présence d'amidon de blé (gluten).

• Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé en association avec le disulfirame ou l'alcool (boissons alcoolisées, médicaments contenant de l'alcool).

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

### b) Mises en garde spéciales :

- La prise de boissons alcoolisées durant ce traitement est déconseillée en raison du risque de réactions à type de rougeur du visage, chaleur, vomissements, accélération du rythme cardiaque.

• Il convient d'interrompre le traitement et de consulter un médecin en cas d'apparition d'une mauvaise coordination des mouvements volontaires, apparition de vertiges ou de confusion.

• Attention à la prise de ce médicament si vous souffrez de troubles nerveux sévères, chroniques ou qui évoluent.

• La prise de ce comprimé est contre-indiquée chez l'enfant avant 6 ans car il peut avaler de travers et s'étouffer.

### c) Précautions d'emploi :

- En cas d'antécédents de troubles sanguins, de traitement à forte dose et/ou de traitement prolongé, votre médecin peut être amené à contrôler régulièrement par des examens sanguins votre numération formule sanguine.

PER: 10 2024

LOT: 19E011

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20

P.P.V. : 49DH80



SANOFI

- En cas de traitement prolongé, il est important de prévenir votre médecin en cas de survenue de troubles nerveux (fourmillements, difficulté à coordonner des mouvements, vertiges, convulsions).

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

### d) Interactions médicamenteuses et autres interactions :

**AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, et notamment avec le disulfirame et l'alcool, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.**

La prise de ce médicament peut perturber les résultats de certains examens de laboratoire (recherche de tréponèmes) ; le métronidazole peut en effet faussement positiver un test de Nelson.

### e) Grossesse - Allaitement :

En cas de besoin, ce médicament peut être pris pendant la grossesse. Il convient cependant de demander l'avis à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre ce médicament.

Eviter l'allaitement pendant la prise de ce médicament.

**D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT, AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.**

### f) Conducteurs et utilisateurs de machines :

L'attention est attirée, notamment chez les conducteurs de véhicules et les utilisateurs de machines, sur les risques de vertiges, de confusion, d'hallucinations ou de convulsions, attachés à l'emploi de ce médicament.

### g) Liste des excipients dont la connaissance est nécessaire pour une utilisation sans risque chez certains patients :

Amidon de blé (gluten).

## 4. COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

### a) Posologie :

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de six ans. Chez l'enfant de moins de six ans, il existe des formes pharmaceutiques plus adaptées.

La posologie dépend de l'âge et de l'indication thérapeutique.

À titre indicatif, la posologie usuelle est :

- chez l'adulte : de 0,750 g/jour à 2 g/jour,
- chez l'enfant : 500 mg/jour à 20 - 40 mg/kg/jour.

Dans certains cas, votre partenaire doit être impérativement traité, qu'il présente ou non des signes cliniques.

**DANS TOUTES LES CAS SE CONFORMER À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.**

### b) Mode et voie d'administration :

Voie orale.

# Gentamycine® Llore

Gentam

LOT 398  
EXP 11/22  
PPV 1120H00

## COMPOSITIONS

	2 ml	3 ml
Gentamicine (DCI) sulfate exprimé en base .....	40 mg ou 80 mg	120 mg
Excipients q.s.		

## FORMES ET PRESENTATIONS

### Soluté injectable :

- Ampoule de 2 ml (40 mg) : Boîte unitaire.
- Ampoule de 2 ml (80 mg) : Boîte unitaire et boîte de 6.
- Ampoule de 3 ml (120 mg) : Boîte unitaire et boîte de 6.
- Ampoule de 4 ml (160 mg) : Boîte unitaire et boîte de 6.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Antibiotique bactéricide de la famille des aminoglycosides.

## NOM ET ADRESSE DE L'EXPLOITANT

Route Régionale Casablanca / Mohammedia n° 322  
Km 12.400 - Ain Harrouda 28630 Casablanca - Maroc

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Les indications sont limitées aux infections à bacilles Gram négatif sensibles, notamment dans leurs localisations rénales et urologiques. La gentamicine, associée à un autre antibiotique, pourra être prescrite dans certaines infections à germes sensibles, en se basant sur les données bactériologiques. En particulier :

- infections rénales, urologiques et génitales ;
- infections cutanées et, en particulier, staphylococcies malignes de la face ;
- infections articulaires ;
- infections respiratoires ;
- septicémies et endocardites.

## CONTRE - INDICATIONS

# ANDOL® 1000 mg

Boîte de 8 Comprimés effervescents Paracétamol

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre 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'information 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.

## 1 - COMPOSITION DU MÉDICAMENT

Principe actif : Paracétamol ..... 1000 mg  
**Excipients :** Acide citrique anhydre, Bicarbonate de sodium, Sorbitol, Carbonate de sodium anhydre, Povidone K29-30, Macrogol 6000, Arôme orange 74016-71, Arôme abricot 75731-31, Saccharine sodique, Aspartame, Beta-carotène 1%, Stéarate de magnésium ..... q.s.p un comprimé effervescent.

**Excipients à effet notoire :** Sodium, Sorbitol, Aspartame.

**2 - CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE**  
Classe pharmacothérapeutique : AUTRES ANALGESIQUES ET ANTI-PYRETIQUES-ANILIDES - Code ATC : N02BE01

## 3 - INDICATIONS THERAPEUTIQUES

ANDOL est un antalgique (calme la douleur) et un antipyrétique (fait baisser la fièvre).

La substance active de ce médicament est le paracétamol.

Il est utilisé pour traiter la douleur et/ou la fièvre, par exemple en cas de maux de tête, d'état grippal, de douleurs dentaires, de courbatures, de règles douloureuses.

Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

**Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (soit à partir d'environ 15 ans). Lire attentivement la rubrique Posologie.**

Pour les enfants pesant moins de 50 kg, il existe d'autres présentations d'ANDOL dont le dosage est plus adapté. N'hésitez pas à demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

## 4 - POSOLOGIE

Attention ! Cette présentation contient 1000 mg de paracétamol par unité : ne pas prendre 2 comprimés à la fois.

Respectez toujours la dose prescrite par votre médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

**Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant pesant plus de 50 kg (soit à partir d'environ 15 ans).**

Pour les enfants ayant un poids inférieur à 50 kg, il existe d'autres présentations d'ANDOL dont le dosage est plus adapté. N'hésitez pas à demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

**Posologie chez l'adulte et l'enfant à partir de 50 kg (soit à partir d'environ 15 ans)**

La posologie usuelle est de 1 comprimé à 1000 mg par prise, à renouveler au bout de 6 à 8 heures. En cas de besoin, la prise peut être répétée au bout de 4 heures minimum.

**Dose de paracétamol à ne jamais dépasser**

• Chez un adulte ou un enfant pesant plus de 50 kg :

Il n'est généralement pas nécessaire de dépasser 3 grammes de paracétamol par jour (soit 3 comprimés effervescents par jour).

Cependant, si vous avez des douleurs plus intenses, et uniquement sur les conseils de votre médecin, la dose totale peut être augmentée jusqu'à 4 grammes de paracétamol par jour (soit 4 comprimés effervescents par jour).

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

**• Situations particulières :**

La dose maximale journalière ne doit pas dépasser 60 mg/kg/jour (sans dépasser 3 g/jour) dans les situations suivantes :

- si vous pesez moins de 50 kg,
- si vous avez une maladie du foie ou une maladie grave des reins,
- si vous buvez fréquemment de l'alcool ou que vous avez arrêté de boire de l'alcool récemment,
- si vous souffrez de déshydratation,
- si vous souffrez par exemple de malnutrition chronique, si vous êtes en période de jeûne, si vous avez perdu beaucoup de poids récemment, si vous avez plus de 75 ans ou si vous avez plus de 65 ans et que vous avez des maladies de longue durée, si vous êtes atteint du virus du SIDA ou d'une hépatite virale chronique, si vous souffrez de mucoviscidose (maladie

génétique et héréditaire des

respiratoires graves (maladie héréditaire dans le sang).

EN CAS DE DOULEUR PHARMACIEN.

**Mode et voie d'administration**

Ce médicament est

Vous devez dissoudre

dissolution complète

verre.

**Fréquence d'administration**

Des prises régulières

reviser : voir rubrique

Chez l'enfant, les prises

nuits, de préférence de 6 h

Chez l'adulte, les prises doivent

En cas de maladie grave des reins (maladie grave des reins), vous devez

attendre au moins 8 heures entre chaque prise.

Si vous avez l'impression que l'effet d'ANDOL est trop fort ou trop faible,

consultez votre médecin ou votre pharmacien.

**Durée du traitement**

Sauf avis médical, la durée du traitement est limitée :

• à 5 jours en cas de douleurs,

• à 3 jours en cas de fièvre

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours, si elles

s'aggravent, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

## 5 - CONTRE-INDICATIONS

**Ne prenez jamais ANDOL 1000 mg, comprimé effervescent :**

• Si vous êtes allergique (hypersensible) au paracétamol ou à l'un des

autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la

rubrique composition.

• Si vous avez une maladie grave du foie.

• En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance),

en raison de la présence d'aspartame.

• Pour traiter un enfant de moins de 6 ans car il peut avaler de travers et

s'étouffer. Utilisez une autre forme.

**Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en**

**contiennent.**

**Vérifiez que vous ne prenez pas d'autres médicaments contenant du**

**paracétamol, y compris si ce sont des médicaments obtenus sans**

**prescription.**

**Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne**

**recommandée.**

**(voir « Posologie » et « Symptômes et instructions en cas de**

**surdosage »)**

## 6 - EFFETS INDÉSIRABLES

**Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets**

**indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le**

**monde.**

• Rarement, une réaction allergique peut survenir :

• boutons et/ou des rougeurs sur la peau,

urticaire,

• brusque gonflement du visage et du cou pouvant entraîner une difficulté

à respirer (œdème de Quincke),

• malaise brutal avec baisse importante de la pression artérielle (choc

anaphylactique).

Si une allergie survient, vous devez immédiatement arrêter de prendre ce

médicament et consulter rapidement votre médecin. À l'avenir, vous ne

devez plus jamais prendre de médicaments contenant du paracétamol.

• De très rares cas d'effets indésirables cutanés graves ont été rapportés.

• Exceptionnellement, ce médicament peut diminuer le nombre de

certaines cellules du sang : globules blancs (leucopénie, neutropénie),

plaquettes (thrombopénie) pouvant se manifester par des saignements du

nez ou des gencives. Dans ce cas, consultez un médecin.

• Autres effets indésirables possibles (dont la fréquence ne peut être

estimée sur la base de données disponibles) : troubles du fonctionnement

du foie, diminution importante de certains globules blancs pouvant

provoquer des infections graves (agranulocytose), destruction des globules

rouges dans le sang (anémie hémolytique chez les patients présentant un

déficit en glucose 6 phosphate déshydrogénase), éruption cutanée en

plaques rouges arrondies avec démangeaison et sensation de brûlure,

laissant des taches colorées et pouvant apparaître aux mêmes endroits en

cas de reprise du médicament (érythème pigmenté fixe), douleur localisée

dans la poitrine qui peut irradier vers l'épaule gauche et la mâchoire

d'origine allergique (syndrome de Kounis), difficulté à respirer

(bronchospasme). Dans ce cas, consultez un médecin.

## Déclaration des effets secondaires

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.

**7 - MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES**

Lot N° :

A ut. av. :

PPVIDH) :

14.50



PPV 118DH50

EXP 07/2022  
LOT 04010 3**FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATION**

- Comprimés effervescents dosés à 20 mg et
- Comprimés effervescents dosés à 10 mg et

**COMPOSITION QUALITATIVE**

Comprimé effervescent à 20 mg

Oméprazole .....

Excipient : qsp .....

Comprimé effervescent à 10 mg

Oméprazole .....

Excipient : qsp .....

**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 ulcéreuse 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'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, SIGNEALEZ SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

**GROSSESSE ET ALLAITEMENT**

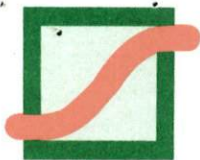
- Grossesse : l'utilisation de l'oméprazole ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.
  - Allaitement : en raison du passage de l'oméprazole dans le lait maternel, l'allaitement est à éviter.
- D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE 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.



# مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 09/11/2020

M. ELADIL KEITA

Toussaint

**RADIOLOGIE**  
Dar Salam S.C  
728, Bd. Modibokeita  
Casablanca

**SERVICE URGENCES**  
CLINIQUE DAR SALAM  
Tél: 05 22 82 14 14

DR MADJOU LAMIA  
Anesthésie - Réanimation  
Spécialiste

**URGENCES 24 / 24** مستعجلات



مركز الفحص بالأشعة دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

**RADIOLOGIE DAR SALAM**

# FACTURE

Casablanca, le 09/10/2020

Facture N° 6149/2020

NOM PATIENT : ABOURAGBA KHADIJA

DATE FACTURE : 09/10/2020

EXAMENS	MONTANT
TDM THORACIQUE: POUMONS DE FACE: -----	deux mille cent vingt cinq (2125 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : DEUX MILLE CENT VINGT  
CINQ DH

REGLEMENT : ESPECES

**RADIOLOGIE**  
Dar Salam S.C  
728, Bd. Modibo Keita  
Casablanca

**Urgences 24/24**

728 شارع موديبو كيتا - الدار البيضاء 20100 Casablanca

☎ 05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail: contact@cliniquedarsalam.ma

ICE : 001660867000079





مركز الفحص بالأشعة دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

**RADIOLOGIE DAR SALAM**

Casablanca, le 09/10/2020

Patient : ABOURAGBA Khadija

Prescripteur: EQUIPE REANIMATION

## **RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE**

Absence de foyer parenchymateux pulmonaire d'allure évolutive.

Surcharge hilare bilatérale évoquant un syndrome bronchique.

Culs de sac pleuraux libres.

Silhouette cardio médiastinale d'aspect normal.

**RADIOLOGIE**  
Dar Salam  
728, Bd. Modibo Keita  
Casablanca  
Service de Radiologie

**Urgences 24/24**

728 Bd, Modibo Keita - Casablanca 20100 الدار البيضاء شارع موديبو كيتا

☎ 05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail: contact@cliniquedarsalam.ma

ICE : 001660867000079



مركز الفحص بالأشعة دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

**RADIOLOGIE DAR SALAM**

Casablanca, le 09/10/2020

Patient : ABOURAGBA Khadija  
Prescripteur: EQUIPE REANIMATION

## SCANNER THORACIQUE

**TECHNIQUE :** Acquisition volumique avec une collimation de 16 x 0.75 mm avec injection de PDC. Reconstructions multiplanaires.

### RESULTAT :

Présence de plages en verre dépoli bilatérales au niveau du culmen, du lobe moyen et des lobes inférieurs.

Foyers de condensation alvéolaires au niveau du lobe moyen et de la lingula

Le degré d'atteinte est modéré, évalué à 10 %.

Absence d'épanchement pleural.

Adénopathie médiastinale pré-carénaire de 13 mm de petit axe.

### CONCLUSION :

Aspect évoquant en premier une pneumopathie virale liée au Co-vid 19 (vu le contexte), avec une atteinte bilatérale modérée, évaluée à 10 %.

Examen classé Co-rads 5.

**RADIOLOGIE**  
Dar Salam S.C  
728, Bd. Modibo Keita  
Casablanca  
Service de Radiologie

**Urgences 24/24**

728 شارع موديبو كيتا - الدار البيضاء 20100 Casablanca

☎ 05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail: contact@cliniquedarsalam.ma

ICE : 001660867000079

# CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

, 728, Bd. Modibo keita  
TEL 212 5 22 851 414 - 212 5 22 830 880  
CASABLANCA

## F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation	
202011564	09/10/2020	Mme ABOURAGBA Khadija	Payant	09/10/2020	09/10/2020

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
ECG			1	200,00	200,00
FRAIS CLINIQUE			1	50,00	50,00
FRAIS SALLE			1	200,00	200,00
CONSOMMABLE			1	200,00	200,00
TOTAL CLINIQUE					650,00

### AUTRES PRESTATIONS

DR. EQUIPE REANIMATION(ANESTH / REAN)			1	250,00	250,00
TOTAL AUTRES PRESTATIONS					250,00

Arrêtée la présente facture à la somme  
**NEUF CENTS DIRHAMS**

**TOTAL GENERAL**

**900,00**

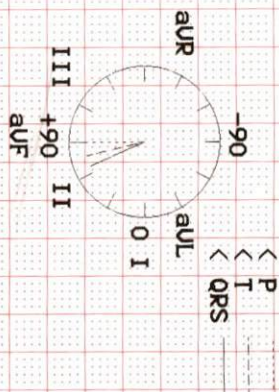
SERVICE URGENCES  
CLINIQUE DAR SALAM  
Tél: 05 22 82 14 14

URGENTES 24 / 24 مستعجلات



Résultats mesures:

QRS : 80 ms  
 QT/QTcB : 356 / 454 ms  
 PQ : 184 ms  
 P : 140 ms  
 RR/PP : 610 / 610 ms  
 P/QRS/T : 90 / 66 / 76 degrés



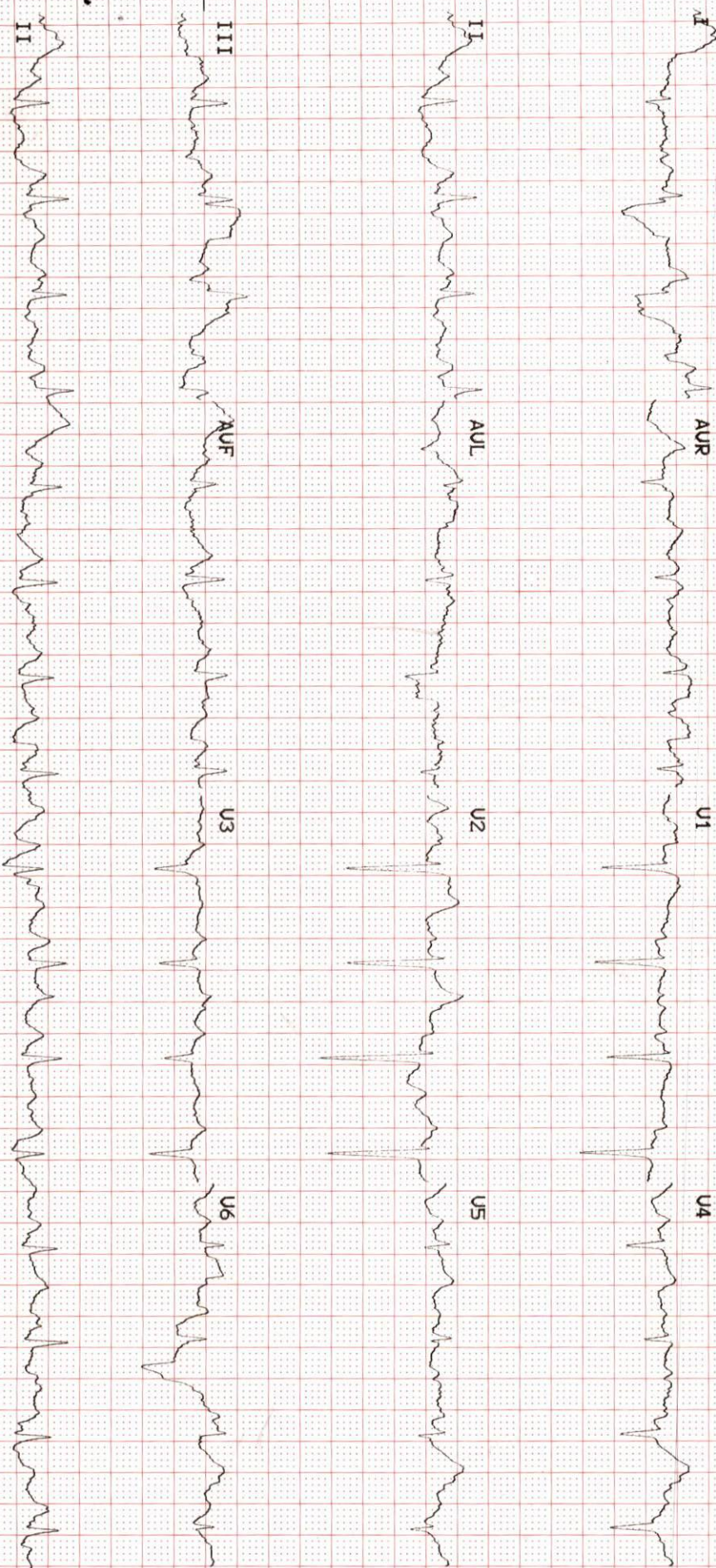
Interprétation:

09/10/20

ABOUGBA KHADJ FC 98/min

SERVICE URGENCES  
 CLINIQUE DAR SALAM  
 141412262161

rapport non confirmé



07 Mar 1971 23:41:29

25mm/s

10mm/mV

ADS

50Hz

0.08 - 40Hz

3\_F1\_R

Mode auto.

U5.2 M121 (3)

12SL00231