

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W19-596518

ND: 53617

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

SAADANE ABDERRAHIM

Date de naissance :

18/AVRIL 1975

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

SAADANE ANAS

Age :

15 ANS

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

MARRAKECH

Le :

29/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-596518

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

Matricule :

11078

Nom de l'adhérent(e) :

SAADANE ANAS

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

29/12/2023

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
15/12/20	cr		(300,00)	INP: 0710795596 Dr. ELIEUR J. Abdelmajid HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE PROCTOLOGUE Av. Hassan II, Résidence Hamdane N°40 301, 35115 - 345 454 / Tél: 0652 118 177

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/12/20	357,90
	15/12/20	48,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire endo Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/12/20	8,602	656,20 dt
	16/12/20	H.N	550,00 dt

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOILET 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# DR. SEBTI Abdelmajid

Gastro-Enterologie

Hépatologie - Proctologie

Vidéo - Endoscopie digestive

Echographie



الدكتور السبتي عبد المجيد

إختصاصي في أمراض

الجهاز الهضمي - الكبد - المخرج

المنظار الداخلي

الفحص بالصدى الصوتي

مراكش، في : ..... 15 DEC 2020

## ORDONNANCE

PHARMACIE SAMI SANTÉ  
SARL AU

Mag N°6 Imm 1 Dar Essalam  
Marrakech - Tél: 05 24 01 17 51

ICE: 002304230000038

INPE: 072086580

SABANE AN AL

SV

SV

SV

PHARMACIE SAMI SANTÉ  
SARL AU

Mag N°6 Imm 1 Dar Essalam  
Marrakech - Tél: 05 24 01 17 51

ICE: 002304230000038

INPE: 072086580

DOCTEUR SEBTI ABDELMAJID  
Hépto - Gastro - Entérologie  
Proctologie  
Av. Hassan II Résidence Hamdane N°40  
Fax 05 24 44 64 64 Tél: 06 62 11 81 77

شارع الحسن الثاني، عمارة حمدان رقم 40 - مراكش (قرب رجال المطافئ) - الهاتف: 05 24 44 64 64 - المحمول: 06 62 11 81 77

Av. Hassan II, Res Hamdane N° 40 - Marrakech (en face des sapeurs pompiers) - Tél: 05 24 44 64 64 - Gsm: 06 62 11 81 77

**DR. SEBTI Abdelmajid**

Gastro-Enterologie

Hépatologie - Proctologie

Vidéo - Endoscopie digestive

Echographie



**الدكتور السبتي عبد المجيد**

إختصاصي في أمراض

الجهاز الهضمي - الكبد - المخرج

المنظار الداخلي

الفحص بالصدى الصوتي

مراكش، في : ..... Marrakech , le :

**ORDONNANCE**

SAADANE ANAS

48,150  
liberal sv  
Y a 211 211 211 211

**DOCTEUR SEBTI ABDELMAJID**  
Hépto - Gastro - Enterologie  
Proctologie  
Av. Hassan II Résidence : Hamdane N°40  
Tél: 05 24 44 64 64 Fax: 05 24 44 64 64

شارع الحسن الثاني، عمارة حمدان رقم 40 - مراكش ( قرب رجال المطافئ ) - الهاتف : 05 24 44 64 64 المحمول : 06 62 11 81 77

Av. Hassan II , Res Hamdane N° 40 - Marrakech ( en face des sapeurs pompiers ) - Tél : 05 24 44 64 64 - Gsm: 06 62 11 81 77

# DR. SEBTI Abdelmajid

Gastro-Enterologie

Hépatologie - Proctologie

Vidéo-Endoscopie digestive

Echographie



الدكتور السبتي عبد المجيد

إختصاصي في الأمراض

الجهاز الهضمي - الكبد - المخرج

المنظار الداخلي

الفحص بالصدى الصوتي

Marrakech, Le : ..... مراكش. في

15 DEC 2020

Nom : SADDANE ANAS

- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS              | <input type="checkbox"/> Ag HBS       | <input type="checkbox"/> Cholestérol           |
| <input checked="" type="checkbox"/> CRP VS           | <input type="checkbox"/> AntiHCV      | <input type="checkbox"/> Triglycerides         |
| <input type="checkbox"/> URÉE                        | <input type="checkbox"/> AntiHBC      | <input type="checkbox"/> Acide urique          |
| <input type="checkbox"/> CRÉATININE                  | <input type="checkbox"/> Ag Hbe       | <input checked="" type="checkbox"/> Fertinémie |
| <input type="checkbox"/> Glycémie                    | <input type="checkbox"/> Anti Hbe     | <input type="checkbox"/> TSH                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Transaminases    | <input type="checkbox"/> ADN VHB      | <input type="checkbox"/> T4,T3                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gamma GT         | <input type="checkbox"/> ARN virus C  | <input type="checkbox"/> Albumine              |
| <input type="checkbox"/> Bilirubine                  | <input type="checkbox"/> Anti H.A IGM |  |
| <input type="checkbox"/> T. P.                       | <input type="checkbox"/> a F.P        |  |
| <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protides |                                       |  |

☐ - COPROCULTURE

☐ - KOP

☐ Autres : .....

**LABORATOIRE AL MASSIRA**  
Docteur KHALIL EZ-ZAHRAOUI  
Biologiste Médical  
Al Massira I, Lotissement C N° 18 Marrakech  
Tél : 05 24 34 35 72 - Fax : 05 24 49 79 85

**DOCTEUR SEBTI ABDELMAJID**  
Hépatologie - Gastro - Enterologie  
Proctologie  
Av. Hassan II Résidence Hamdane N° 40  
Tél : 05 24 44 64 64 Fax : 05 24 11 81 77

# DR. SEBTI Abdelmajid

Gastro-Enterologie

Hépatologie - Proctologie

Vidéo-Endoscopie digestive

Echographie



الدكتور السبتي عبد المجيد

إختصاصي في الأمراض

الجهاز الهضمي - الكبد - المخرج

المنظار الداخلي

الفحص بالصدى الصوتي

Marrakech, Le : 15/12/2020 في مراكش

Nom : SAADANE ANAS

- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> NFS                           | <input type="checkbox"/> Ag HBS       | <input type="checkbox"/> Cholestérol   |
| <input type="checkbox"/> CRP VS                        | <input type="checkbox"/> AntiHCV      | <input type="checkbox"/> Triglycerides |
| <input type="checkbox"/> URÉE                          | <input type="checkbox"/> AntiHBC      | <input type="checkbox"/> Acide urique  |
| <input type="checkbox"/> CRÉATININE                    | <input type="checkbox"/> Ag Hbe       | <input type="checkbox"/> Fertinémie    |
| <input type="checkbox"/> Glycémie                      | <input type="checkbox"/> Anti Hbe     | <input type="checkbox"/> TSH           |
| <input type="checkbox"/> Transaminases                 | <input type="checkbox"/> ADN VHB      | <input type="checkbox"/> T4,T3         |
| <input type="checkbox"/> Gamma GT                      | <input type="checkbox"/> SARN virus C | <input type="checkbox"/> Albumine      |
| <input type="checkbox"/> Bilirubine                    | <input type="checkbox"/> Anti H.A IGM |  |
| <input type="checkbox"/> T. P.                         | <input type="checkbox"/> a F.P        |  |
| <input type="checkbox"/> Electrophoresis des protéines |                                       |  |

☐ - COPROCULTURE

☐ - KOP

☐ Autres : .....

COVID - 19 =  
PCR

DOCTEUR SEBTI ABDELMAJID  
Hépto - Gastro - Enterologie  
Proctologie  
Av. Hassan II Résidence Hamdane N°40  
Fax: 05 24 44 64 64 Tél: 06 62 11 81 77

**DR. EZ-ZAHRAOUI Khalil**

Spécialiste en analyses biologiques médicales

- Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Diplôme Universitaire en Parasitologie et Mycologie
- Diplôme Universitaire en management de la qualité

**الدكتور الزهراوي خليل**

متخصص في البيولوجية الطبية

- خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط
- شهادة جامعية في علم الطفيليات و الفطريات
- شهادة جامعية في إدارة الجودة

103-15L20

Prélèvement du : 15/12/2020

Résultats édités le: 15/12/2020

Prescripteur: Docteur SEBTI ABDELMAJID

**MR SAADANE ANAS**

Dossier N° 20L1158

Page: 2/2

### BIOCHIMIE SANG

**TRANSAMINASE GOT.....: 30,90 U/L < 41,00**

**TRANSAMINASE GPT.....: 35,50 U/L < 55,00**

### ENZYMOLOGIE ( SANG )

**GAMMA GLUTAMYL TRANSFERASE: GGT.....: 20,00 U/L 8 à 45 U/L**

### PROTEINES ET VITAMINES

**FERRITINE SERIQUE.....: 189,30 ng/ml 30,00 à 300,00 ng/ml**

### BIOCHIMIE SANG

**C- REACTIVE PROTEINE: CRP.....: 127,51 mg/L (\*) Inférieure à 5,00 mg/L**

Technique: Turbidimétrie sur cobas C311 (Roche)

Total de pages: 2

**LABORATOIRE AL MASSIRA**  
L.M 001  
Docteur KHALIL EZ-ZAHRAOUI  
Biologiste Médical  
Al Massira I, Lot. C N° 18 - Marrakech  
Tél: 05 24 34 35 72 - Fax: 05 24 49 79 85

**DR. EZ-ZAHRAOUI Khalil**

Spécialiste en analyses biologiques médicales

- Diplôme de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Diplôme Universitaire en Parasitologie et Mycologie
- Diplôme Universitaire en management de la qualité

**الدكتور الزهراوي خليل**

متخصص في البيولوجية الطبية

- خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط
- شهادة جامعية في علم الطفيليات و الفطريات
- شهادة جامعية في إدارة الجودة

103-15L20

Prélèvement du : 15/12/2020

Résultats édités le: 15/12/2020

Prescripteur: Docteur SEBTI ABDELMAJID

**MR SAADANE ANAS**

Dossier N° 20L1158

Page: 1/2

### HEMOGRAMME

Sysmex XN-550

#### NUMERATION

GLOBULES BLANCS.....	4 650	/mm <sup>3</sup>	4 000 à 11000
GLOBULES ROUGES.....	5,0	M/mm <sup>3</sup>	4,28 à 6 Millions
HEMOGLOBINE.....	13,6	g/dL	13 à 18
HEMATOCRITE.....	41,4	%	39 à 53
VGM.....	82,1	μ <sup>3</sup>	78 à 98
TCMH.....	27,0	pg	26 à 34
CCMH.....	32,9	g/dL	31 à 36,5
PLAQUETTES.....	225	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 à 450

#### FORMULE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES.....	47	%	1 400 à 7 700
Soit	2186	/mm <sup>3</sup>	
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES.....	0,2	%	20 à 500
Soit (*)	9	/mm <sup>3</sup>	
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....	0,6	%	0 à 110
Soit	28	/mm <sup>3</sup>	
LYMPHOCYTES.....	37,4	%	1 000 à 4 800
Soit	1739	/mm <sup>3</sup>	
MONOCYTES.....	14,8	%	100 à 1 000
Soit	688	/mm <sup>3</sup>	

**LABORATOIRE AL MASSIRA**  
L.M 001  
Docteur KHALIL EZ-ZAHRAOUI  
Biologiste Médical  
Al Massira I, Lot: C N°18 - Marrakech  
Tél : 05 24 34 35 72 - Fax : 05 24 49 79 85

**DR. EZ-ZAHRAOUI Khalil**

Spécialiste en analyses biologiques médicales

- Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Diplôme Universitaire en Parasitologie et Mycologie
- Diplôme Universitaire en management de la qualité

**الدكتور الزهراوي خليل**

متخصص في البيولوجية الطبية

- خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط
- شهادة جامعية في علم الطفيليات و الفطريات
- شهادة جامعية في إدارة الجودة

**FACTURE: 37066/2020**

ICE: 001652796000037 -- IF: 68907547 -- CNSS: 4322038 -- INPE: 077164564/073061939

MARRAKECH le

15/12/2020

Nom et prénom

MR SAADANE ANAS

Référence

20L1158

Médecin prescripteur

Docteur SEBTI ABDELMAJID

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
NFS.HEMOGRAMME	80
CRP.C- REACTIVE PROTEINE	100
TRANSAMINASES GOT+GPT	80
GGT.GAMMA GLUTAMYL TRANSFERASE	50
FERRITINE SERIQUE	250
Total du (B)	B 560
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	650,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS

LABORATOIRE AL MASSIRA  
Docteur KHALIL EZ-ZAHRAOUI  
Biologiste Médical  
Al-Massira I, Lotissement C N° 18 Marrakech  
Tél : 05 24 34 35 72 - Fax : 05 24 49 79 85

**DR. EZ-ZAHRAOUI Khalil**

**Spécialiste en analyses biologiques médicales**

- Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Diplôme Universitaire en Parasitologie et Mycologie
- Diplôme Universitaire en management de la qualité

**الدكتور الزهراوي خليل**

**متخصص في البيولوجية الطبية**

- خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط
- شهادة جامعية في علم الطفيليات و الفطريات
- شهادة جامعية في إدارة الجودة

141-16L20

Prélèvement du : 16/12/2020

Résultats édités le: 16/12/2020

**MR SAADANE ANAS**

Dossier N° 20L1287

Page: 1/1

## BIOLOGIE MOLECULAIRE

### RECHERCHE DE L'ARN DU VIRUS SARS-CoV2 PAR RT-PCR

(Extraction par GENOLUTION Nextractor NX-48S. Amplification par CFX 96, BIORAD)

Origine du prélèvement: **Nasopharynx**

Indication du prélèvement: **Diagnostic**

RECHERCHE: **Négatif, ARN du virus SARS-Cov2 non détecté**

(RT-PCR 3 cibles: Gène RdRp1, RdRp2, Gène E, )

CONCLUSION..... **La recherche du virus SARS-CoV2 est négative ce jour**

Total de pages: 1

**LABORATOIRE AL MASSIRA**  
LM 001  
Docteur KHALIL EZ-ZAHRAOUI  
Biologiste Médical  
Al Massira I, Lot. C8-18 - Marrakech  
Tél : 05 24 34 35 72 - Fax : 05 24 49 79 85

**DR. EZ-ZAHRAOUI Khalil**

Spécialiste en analyses biologiques médicales

- Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Diplôme Universitaire en Parasitologie et Mycologie
- Diplôme Universitaire en management de la qualité

**الدكتور الزهراوي خليل**

متخصص في البيولوجية الطبية

- خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط
- شهادة جامعية في علم الطفيليات و الفطريات
- شهادة جامعية في إدارة الجودة

**FAC URI: 37228/2020**

ICE: 001652796000037 -- IF: 689075.7 -- CNSS: 4322038 -- INPE: 077164564/073061939

MARRAKECH le

16/12/2020

Nom et prénom

MR SAADAT ANAS

Référence

20L1287

Médecin prescripteur

Docteur EBTI ABDELMAJID

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
RECHERCHE DE L'ARN VIRUS SARS COVID COV2	500
Total du (B)	B 500
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	550,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: CINQ CENT CINQUANTE DIRHAMS

LABORATOIRE AL MASSIRA  
Docteur KHALIL EZ-ZAHRAOUI  
Biologiste Médical  
Al Massira I, Lotissement C, N° 18 Marrakech  
Tél : 05 24 34 35 72 - Fax : 05 24 49 79 85

**Tibéral® 500 mg**

10 comprimés pelliculés



6 118000 280231

LOT: 20064 PER: 04/2025  
PPV: 48,50 DHLaboratoires **Steripharma**  
sous licence des Laboratoires SERB

Z.I Lina N° 347 Sidi Maarouf - Casablanca

Amine Tahiri - Pharmacien Responsable

Le spectre d'action de l'ornidazole englobe les protozoaires suivants:

Sont sensibles : CMI  $\leq$  8 mg/l: *Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia intestinalis*.

Les autres protozoaires sont tous résistants à l'ornidazole.

La détermination de la sensibilité des protozoaires n'est normalement pas effectuée en routine, la technique étant exigeante. L'efficacité in vivo de l'ornidazole à l'égard des protozoaires cités ci-dessus a fait l'objet d'une documentation détaillée.

Il existe une résistance croisée entre l'ornidazole et d'autres nitro-5 imidazolés; on ne connaît pas de résistance croisée avec d'autres substances chimiquement non apparentées.

Il est rare que des bactéries anaérobies soient résistantes à l'ornidazole : une telle résistance n'a été décrite que dans des cas isolés. Plus de 99% des bactéries anaérobies normalement sensibles peuvent toujours être considérées comme sensibles à l'ornidazole.

**Indications**

Elles procèdent de l'activité antibactérienne et antiparasitaire de l'ornidazole et de ses caractéristiques pharmacocinétiques. Elles tiennent compte à la fois des études cliniques auxquelles à donner lieu ce médicament, et de sa place dans l'éventail des produits anti-infectieux actuellement disponibles.

Elles sont limitées aux infections dues aux germes définis comme sensibles en pharmacodynamie.

**Indications générales :**- Traitement curatif des infections mécochirurgicales à germes anaérobies sensibles.  
- Traitement préventif des infections à germes anaérobies sensibles lors des interventions chirurgicales comportant un haut risque de survenue de ce type d'infection.

- Amibiases sévères de localisation intestinale ou hépatique (solution injectable 500mg)

**Spécifique à la forme comprimé :**

- amibiase, qu'elle qu'en soit l'expression clinique (amibiases intestinales et extra-intestinales).

- Trichomonases urogénitales.

- Lamibiases

- Relais des traitements par voie injectable des infections à germes anaérobies sensibles, à titre curatif ou préventif.

**Posologie, mode d'emploi**

Les comprimés doivent toujours être pris après les repas. La solution contenue dans les ampoules doit être administrée en perfusion brève, elle doit toujours être diluée avant l'injection. En ce qui concerne la préparation de la solution à perfuser, voir paragraphe 5.

**Posologie usuelle**

1. Trichomonases

deux schémas thérapeutiques peuvent être recommandés :

Nature du traitement	Dose journalière	
	Adultes et enfants de plus de 35 kg	Enfants jusqu'à 35 kg
a. Traitement par dose unique	3 comprimés le soir	25 mg par kg de poids corporel
b. Traitement de 5 jours	2 comprimés (1 le matin, 1 le soir)	non recommandé

Pour éviter une réinfestation, le partenaire doit toujours être également traité par la même dose orale.

Chez l'enfant, le traitement consiste en l'administration d'une dose unique de 25 mg par Kg de poids corporel et par jour.

2. Amibiase

a. Traitement de 3 jours lors de dysenterie amibienne.

b. Traitement de 5-10 jours pour toutes les formes d'amibiase.

Durée du Traitement	Dose journalière	
	Adultes et enfants de plus de 35 kg	Enfants jusqu'à 35 kg
a. 3 jours	3 comprimés le soir à prendre en une fois. Au-dessus de 60 kg de poids corporel : 4 comprimés (2 le matin, 2 le soir)	40 mg /kg. à prendre en une fois
b. 5-10 jours	2 comprimés (1 le matin, 1 le soir)	25 mg/kg. à prendre en une fois

c. Traitement de l'abcès amibien du foie et de dysenterie amibienne grave

Adultes: perfuser par voie intraveineuse 500-1000 mg en tant que dose initiale, puis 500 mg toutes les 12 heures pendant 3-6 jours en moyenne.

La posologie pour enfants est de 20-30 mg/kg/jour.

s dues à des bactéries anaérobies

me c'est le cas avec d'autres nitro-

ox du type ferridoxine entraîne d'une  
tre part, la formation de métabolites  
bactéricide des nitro-5 imidazolés.  
la n'a pas encore été prouvée.spp., *Bacteroides fragilis* ainsi que*obacterium* spp.omycètes, *Propionibacterium* spp.

au gélosé ou par microdilution. Pour

l'est renvoyé au procédé du NCCLS

l'égard desquels la CMI est  $\leq$  8 mg/l

fusion sur gélose.

# Péridys

**Dompéridone**  
*Suspension buvable*

Ce médicament fait l'objet d'un suivi supplémentaire qui permettra l'identification de nouvelles informations relatives à la sécurité de son utilisation. Contribuez en signalant tout effet indésirable observé. Voir en fin de rubrique 4 comment déclarer les effets indésirables.

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

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- 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. Voir rubrique 4.

## 1. QU'EST-CE QUE PERIDYS 1 mg/ml, suspension buvable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : STIMULANTS DE LA MOTRICITE INTESTINALE - Code ATC : A03FA03

Ce médicament contient de la dompéridone, substance appartenant à la famille des antagonistes de la dopamine. Il agit sur la motricité intestinale.

Ce médicament est utilisé chez l'adulte et l'adolescent à partir de 12 ans et de 35 kg pour traiter les nausées et les vomissements.

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE PERIDYS 1 mg/ml, suspension buvable ?

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

**Ne prenez jamais PERIDYS 1 mg/ml, suspension buvable :**

- si vous êtes allergique à la dompéridone ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6 ;
- Si vous avez des saignements de l'estomac ou de l'intestin, une obstruction mécanique ou une perforation digestive ;
- si vous souffrez d'un prolactinome (maladie de la glande hypophysaire) ;
- si vous souffrez d'une maladie modérée ou sévère du foie ;
- si votre ECG (électrocardiogramme) montre un problème cardiaque appelé "allongement de l'intervalle QT corrigé" ;
- si vous avez ou avez eu :



un problème qui fait que vous avez un sang dans l'ensemble de vos urines, une affection appelée insuffisance rénale, un problème qui entraîne une diminution de magnésium ou une augmentation de celui-ci dans votre sang ;

- si vous prenez ou avez pris récemment, ou prenez encore, "Prise ou utilisation d'autres médicaments (notamment suspension buvable)".

- PERIDYS ne doit pas être utilisé chez les nourrissons, enfants et adolescents pesant moins de 35kg.

EN CAS DE DOUTE, IL EST RECOMMANDÉ DE LIRE L'AVIS DE VOTRE MEDECIN.

## Avertissements et précautions

L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une insuffisance hépatique ou rénale (héréditaire rare).

Ce médicament contient du sodium. L'apport en sodium est inférieur à 1 mmol par dose de 10 ml.

Ce médicament contient du parahydroxybenzoate (E218) et du Parahydroxybenzoate de sodium qui peuvent provoquer des réactions allergiques. Ce médicament contient du benzylalcool par dose de 100 microgrammes/ml de solution. Ce médicament peut provoquer des réactions allergiques. Adressez-vous à votre médecin pour plus d'informations. 1 mg/ml, suspension buvable.

- si vous souffrez de problèmes de fonctionnement du foie ou insuffisance hépatique (même si vous n'avez jamais PERIDYS 1 mg/ml, suspension buvable) ;
- si vous souffrez de problèmes aux reins ou insuffisance rénale) ;
- si vous prenez votre médicament en cas de traitement par un médicament qui peut-être prendre une dose de médicament moins souvent ou plus souvent (amené à vous examiner régulièrement).

La dompéridone peut être utilisée pour le traitement du trouble du rythme cardiaque. Ce médicament peut être plus élevé chez les personnes âgées ou chez ceux prenant des doses supérieures. Ce médicament est également plus élevé lorsqu'il est administré avec certains médicaments. Adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien pour traiter des infections (bactériennes) et/ou si vous avez une infection à SIDA (voir rubrique « Autres informations »). La dompéridone doit être utilisée avec précaution chez l'adulte et l'adolescent. Pendant le traitement par ce médicament, consultez votre médecin si vous présentez :

# NEOFORTAN®

10 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS 160 mg



# ORTAN® (phloroglucinol dihydraté)

## PRESENTATIONS

- 160 mg : Boîte de 10
- 150 mg : Boîte de 10
- 80 mg : Boîte de 8

.....80 mg

- Comprimé effervescent à 160 mg

Phloroglucinol dihydraté ..... 160 mg

**Excipient :** acide citrique, bicarbonate de sodium, saccharine sodique, benzoate de sodium qsp 1 comprimé effervescent

- Suppositoire à 150 mg

Phloroglucinol dihydraté ..... 150 mg

**Excipient :** triméthyl phloroglucinol, silice colloïdale anhydre, glycérides hémissynthétiques qsp 1 suppositoire .

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antispasmodique musculotrope.

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

NEOFORTAN® est préconisé dans :

- Le traitement symptomatique des douleurs liées aux troubles fonctionnels du tube digestif et des voies biliaires (dyskinésie biliaire, colite spasmodique), colique hépatique
- Le traitement des manifestations spasmodiques et douloureuses aiguës des voies urinaires : coliques néphrétiques
- Le traitement symptomatique des manifestations spasmodiques douloureuses en gynécologie (dysménorrhée)
- Le traitement adjuvant des contractions au cours de la grossesse en association au repos

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

ce médicament ne doit pas être utilisé dans le cas suivant :

- Hypersensibilité au phloroglucinol.

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

## MISES EN GARDE SPECIALES

L'association de phloroglucinol avec les antalgiques majeurs tels que la morphine ou ses dérivés doit être évitée en raison de leur effet spasmogène.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, ET NOTAMMENT les antalgiques majeurs tels que la morphine ou ses dérivés, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

### Grossesse

Les études réalisées chez l'animal n'ont pas mis en évidence d'effet tératogène du phloroglucinol. En l'absence d'effet tératogène chez l'animal, un effet malformatif dans l'espèce humaine n'est pas attendu.

En clinique, l'utilisation relativement répandue du phloroglucinol n'a apparemment révélé aucun risque malformatif à ce jour.

Toutefois, l'utilisation du phloroglucinol ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.

AUGMENTIN 1 g/125 mg  
24 sachets

1g/125 mg  
Sachets



6 118000 161042

ois par jour à  
ebut des repas,

nt emploi.

...مرة في اليوم

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 222,00 DH  
LOT: 623087  
PER: 05/21



Augmentin est une marque déposée  
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

- التهاب الكبد.
  - اليرقان، الذي ينتج عن ارتفاع معدل البيليروبين في الدم (وهي مادة يتجها للبشرة وفي المنطقة البيضاء من العين).
  - التهاب الكلى.
  - استطالة مدة تخرير الدم.
  - فرط النشاط.
  - تشنجات ( لدى الأشخاص الذين يتناولون جرعات مرتفعة من أوغمنتان أو السعال الأسود (إشعراء اللسان).
  - ثلوث الأسنان ( لدى الأطفال)، ويختفي عموماً عند فرش الأسنان.
  - الآثار الجانبية التي يمكن أن تظهر عند إجراء تحاليل الدم أو البول:
  - انخفاض مهم في عدد الكريات البيضاء.
  - انخفاض عدد الكريات الحمراء ( فقر الدم الانحلالي).
  - بلورات في البول.
- إذا ظهرت عليك آثار جانبية:**
- ← إذا أصبح أحد الآثار الجانبية حاداً أو مزعجاً، أو إذا ظهر عليك أثر جانبي، فتحدث في الأمر مع طبيبك أو الصيدلي.
- التصريح بالآثار الجانبية**
- إذا أحسست بأي أثر جانبي، فتحدث في الأمر مع طبيبك أو الصيدلي، وينطبق غير منكر في هذه النشرة الدولية.

#### 5. كيف يمكن حفظ أوغمنتان؟

يحفظ بعيداً عن مرأى و متناول الأطفال.

#### تاريخ انتهاء الصلاحية

لا ينبغي استخدام أوغمنتان بعد تاريخ الصلاحية المذكور على العلبة.

#### شروط الحفظ

يحفظ بعيداً عن الرطوبة وفي حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

#### تحذيرات خاصة

لا ينبغي رمي الأدوية في شبكة المجاري أو مع النفايات المنزلية. استشر الصيدلي غير المستخدمة فقد تساعد هذه التدابير في حماية البيئة.

#### 6. معلومات إضافية

ما الذي يحتوي عليه أوغمنتان 1 غ/ 125 ملغ للكبائر، مسحوق لمعلق قنابل للث

ENTIN 1 g/125 mg ADULTES, poudre pour  
sachet-dose

ENTIN 500 mg/62,5 mg ADULTES, comprimé  
/Acide clavulanique

du médicament

attentivement l'intégralité de cette notice avant  
notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.  
d'autres questions, si vous avez un doute, demandez  
votre pharmacien.

ent vous a été personnellement prescrit (ou a été p  
is à quelqu'un d'autre, même en cas de symptom

effets indésirables devient grave ou si vous prése  
cette notice, parlez-en à votre médecin ou votr

2:

AUGMENTIN ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISI  
LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRI  
IDRE AUGMENTIN ?

5 EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

SERVER AUGMENTIN ?

SUPPLEMENTAIRES

AUGMENTIN ET DANS QUELS CAS EST-IL UTIL  
thérapeutique

antibiotique qui tue les bactéries responsables  
appelées amoxicilline et acide clavulanique  
sements appelés « pénicillines », qui peuvent

#### Indications thérapeutiques

AUGMENTIN est utilisé pour traiter les infections dues aux ger  
traitement par ce même médicament administré par voie injecta  
situations où les espèces bactériennes responsables de l'infectio  
résistantes aux antibiotiques actuellement disponibles.

#### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament

AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES, poudre pour suspension buv  
Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains  
prendre ce médicament.

AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ADULTES, comprimé pelliculé : sa  
Ne prenez jamais AUGMENTIN :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'amoxicilline, à l'acide clavulanique ou à l'un des autres composants contenus dans AUGMENTIN (donnez voir la rubrique 6).
- Si vous avez déjà présenté une réaction allergique grave (d'hypersensibilité) à un antibiotique. Ceci peut inclure une éruption cutanée ou un gonflement de la gorge.
- Si vous avez déjà eu des problèmes au foie ou développé un ictère (jaunissement) lors de la prise d'un antibiotique.

→ Ne prenez pas AUGMENTIN si vous êtes dans l'une des situations suivantes.  
En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien.

#### Faites attention avec AUGMENTIN :

Demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre AUGMENTIN si :

- souffrez de mononucléose infectieuse,
- êtes traité(e) pour des problèmes au foie ou aux reins,
- n'urinez pas régulièrement.

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien.

Dans certains cas, votre médecin pourra rechercher le type de bactérie responsable. Selon les résultats, il pourra vous prescrire un dosage différent du médicament.

#### Réactions nécessitant une attention particulière

AUGMENTIN peut aggraver certaines maladies ou engendrer d'autres effets indésirables, notamment des réactions allergiques, des convulsions et une anémie. Lorsque vous prenez AUGMENTIN, vous devez surveiller certains effets indésirables. Voir « Réactions nécessitant une attention particulière », à la rubrique 4.

#### Tests sanguins et urinaires

Si vous effectuez des analyses de sang (nombre de globules rouges, hépatiques) ou des analyses d'urine (dosage du glucose), vous devez informer l'infirmière (ier) que vous prenez AUGMENTIN. En effet, AUGMENTIN peut influencer les résultats de ces types de tests.

#### Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, p

N200814-01