

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-810745

172642

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7962 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : ABDERRAHMAN FTASSI

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur pelvienne

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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

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

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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



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
14/02/2013			3253,30	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE CHABAB</p> <p>ASABAB</p> <p>183495900</p>	17/7/23	389,40

[illegible]

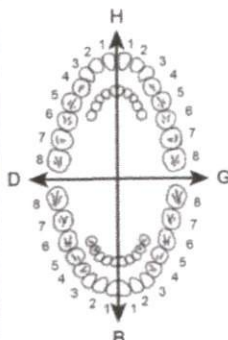
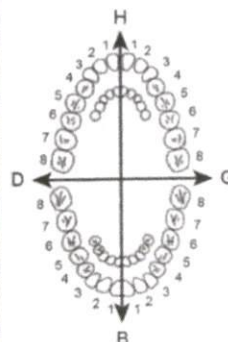
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

# 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

R : 17/07/2023

Bouskoura, le :

Mme Aicha Rifa

8700

1. Maxiclav 1g : 1g x 3/4 x 7 jours.

53,20

2. Exacyl 500mg : 1cp x 3/4 x 3 jours

70,90

3. Profenid 100mg : 1cp x 2/4 x 3 jours.

52,80

4. Zolus 20mg : 1gel/4 x 7 jours

125,50

5. Faripol 1cp x 2/4 x 1 mois.

389,40



# Profenid® 100mg

Kétoprofène

Comprimé pelliculé

SANOFI

**Veuillez 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 PROFENID 100 MG, COMPRIME PELLICULE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : ANTI-INFLAMMATOIRES, ANTIRHUMATISMAUX, NON STÉROÏDIENS. - Code ATC : M01AE03. (M : Muscle et Squelette).

PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé contient du kétoprofène.

Ce médicament appartient à une famille appelée les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Ces médicaments sont utilisés notamment pour diminuer l'inflammation et calmer la douleur.

### Indications thérapeutiques

PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé est destiné à l'adulte et l'adolescent à partir de 15 ans.

Ce médicament est utilisé pour soulager les symptômes :

- En traitement long :
  - Dans les rhumatismes inflammatoires chroniques (inflammations des articulations),
  - Dans certaines arthroses douloureuses et invalidantes (usure du cartilage entraînant des douleurs dans les articulations et gênant les mouvements) ;
- En traitement court dans les crises douloureuses qui touchent :
  - Les structures du pourtour des articulations (tendinite, bursite, périarthrites),
  - Les articulations (en cas d'arthrites microcristallines ou d'arthroses),
  - Le bas du dos (lombalgies),
  - En cas d'inflammation d'un nerf (par exemple en cas de sciatique),
- Dans certains cas, après un traumatisme.

2. QU  
PREN  
Si vo  
sucr  
Ne

• Si vous êtes

composants contenus dans ce

rubrique 6,

• A partir du 6ème mois de grossesse.

• Si vous avez déjà eu des bronchospasmes, une crise d'asthme, une rhinite, de l'urticaire ou d'autres réactions allergiques déclenchées par la prise de kétoprofène ou par d'autres médicaments de la même famille que PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé (l'aspirine, les anti-inflammatoires non stéroïdiens).

Des réactions allergiques graves, rarement fatales ont été rapportées chez des patients ayant de tels antécédents.

• Si vous avez déjà eu des saignements de l'estomac ou de l'intestin, une ulcération ou une perforation du tube digestif.

• Si vous souffrez d'un ulcère de l'estomac ou de l'intestin ou si vous en avez déjà eu précédemment.

• Si vous avez des saignements au niveau de l'estomac, de l'intestin, du cerveau ou d'un autre organe.

• Si vous souffrez d'une maladie grave du foie, des reins ou du cœur.

• Si vous prenez un autre médicament, assurez-vous que l'association avec ce médicament n'est pas contre-indiquée (voir le paragraphe « Autres médicaments et PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé »).

### Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

• Vous avez déjà eu de l'asthme associé à des polypes dans le nez ou à une inflammation au niveau du nez ou des sinus (rhinite ou sinusite chronique). La prise de ce médicament peut entraîner une gêne respiratoire ou une crise d'asthme, notamment chez les personnes allergiques à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien (voir rubrique « Ne prenez jamais PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé »).

• Vous souffrez d'une maladie du cœur (hypertension et/ou insuffisance cardiaque), du foie ou du rein, ou de rétention d'eau.

• Vous souffrez de troubles de la coagulation.

• Vous souffrez d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (telle que maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique).

• Vous avez déjà eu des problèmes digestifs (comme un ulcère de l'estomac ou du duodénum ancien).

• Vous suivez déjà un traitement avec un médicament qui augmente le risque d'ulcère gastroduodénal ou d'hémorragie (voir rubrique « Autres médicaments et PROFENID 100 mg, comprimé pelliculé »).

• Vous suivez déjà un traitement avec un médicament qui

augmente le risque d'ulcère gastroduodénal ou d'hémorragie (voir

rubrique « Autres médicaments et PROFENID 100 mg, comprimé

pelliculé »).

PROFENID 100MG  
CP PEL B30

P.P.V. : 70DM90



RE AVANT DE  
JLE ?  
rance à certains  
ament.  
é pelliculé :  
des autres  
tionnés dans la

# ZOLUS® 20 mg

Oméprazole

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

LOT : 4124  
PER : 10/25  
PPV : 52DH80

Gardez ce médicament à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Si vous avez des questions, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Ce médicament est destiné à l'usage personnel.

Personne ne doit l'utiliser sans avis médical.

Il est important de lire attentivement la notice.

ou votre médecin.

mentionner les effets indésirables.

**Que contient le médicament ?**

1. Qu'est-ce que ZOLUS 20 mg, microgranules gastro-résistants en gélule ?

cas est-il utile ?

2. Quelles sont les indications ?

microgranules gastro-résistants en gélule :

3. Comment prendre ZOLUS 20 mg, microgranules gastro-résistants en gélule ?

4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

5. Comment conserver ZOLUS 20 mg, microgranules gastro-résistants en gélule ?

6. Contenu de l'emballage et autres informations.

**1. QU'EST-CE QUE ZOLUS 20 mg, microgranules gastro-résistants en gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

Classe pharmacothérapeutique : Médicaments pour les troubles liés à l'acidité,

inhibiteurs de la pompe à protons - code ATC : A02BC01

ZOLUS contient la substance active oméprazole. Il appartient à la classe des

médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide

produite par votre estomac.

**ZOLUS 20 mg, microgranules gastro-résistants en gélule est utilisé pour**

**traiter les affections suivantes :**

**Chez les adultes :**

- Le reflux gastro-œsophagien (RGO). L'acide de l'estomac remonte au niveau de

l'œsophage (le tube qui relie la gorge à l'estomac) entraînant douleur, inflammation

et brûlures.

- Les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac

(ulcère gastrique),

- Les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, votre

médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter

l'infection et de guérir l'ulcère,

- Les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens

(AINS). ZOLUS peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des

AINS,

- Un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome

de Zollinger-Ellison).

**Chez les enfants :**

**Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel  $\geq 10$  kg**

- Le reflux gastro-œsophagien (RGO). L'acide de l'estomac remonte au niveau de

l'œsophage (le tube qui relie la gorge à l'estomac) entraînant douleur, inflammation

et brûlures.

Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du

contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids

limitée.

**Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents**

- Les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le

médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent

de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

**2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE ZOLUS**

**20 mg, microgranules gastro-résistants en gélule ?**

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le

avant de prendre ce médicament.

**Ne prenez jamais ZOLUS 20 mg, microgranules gastro-résistants en gélule :**

Si vous êtes allergique à l'oméprazole ou à l'un des autres composants contenus dans ce

médicament.

Si vous êtes allergique à un autre inhibiteur de la pompe à protons (par exemple

pantoprazole, lansoprazole, rabéprazole, ésomeprazole).

Si vous prenez un médicament contenant du nelfinavir (utilisé pour traiter l'infection par

le VIH).

Si vous êtes dans une des situations décrites ci-dessus, ne prenez pas ZOLUS. Si vous avez

des doutes, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ZOLUS.

**Avertissements et précautions**

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ZOLUS.

ZOLUS peut masquer des symptômes d'autres maladies. Par conséquent, avant que vous

ne commenciez à prendre ZOLUS ou lorsque vous êtes sous traitement, vous devez

informer immédiatement :

- Vous perdez du poids

- Vous avez des douleurs

- Vous vomissez

- Vous avez des diarrées

- Vous souffrez de constipation

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs

- Vous avez des douleurs



# EXACYL® 250 mg - 500 mg

(ACIDE TRANEXAMIQUE)

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de 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, demandez plus d'informations à votre médecin ou à 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.
- 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. Qu'est-ce que EXACYL, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre EXACYL, comprimé pelliculé ?

3. Comment prendre EXACYL, comprimé pelliculé ?

4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

5. Comment conserver EXACYL, comprimé pelliculé ?

6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE EXACYL, comprimé pelliculé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : B02AA02.

**Qu'est-ce que EXACYL, comprimé pelliculé ?**

Exacyl contient de l'acide tranexamique. Cette substance appartient à une famille de médicaments appelés les antifibrinolytiques.

Le rôle de ce médicament est de traiter certains types de saignements.

**Dans quel cas est-il utilisé ?**

Ce médicament est utilisé pour traiter :

- les saignements provoqués par la dégradation trop rapide des caillots sanguins, due à une libération importante d'enzymes appelées activateurs du plasminogène,
- les saignements au cours d'un traitement par un médicament qui dégrade les caillots sanguins (fibrinolytique),
- les saignements entretenus par la dégradation locale de caillots sanguins, comme par exemple :
  - les règles abondantes,
  - les saignements en dehors des règles,
  - les saignements digestifs,
  - certains types de saignements, provoquant la présence de sang dans les urines, dus à des maladies de la prostate, de la vessie, à des calculs, à des opérations chirurgicales au niveau de la prostate et de l'appareil urinaire,
  - les saignements pouvant survenir pendant certaines opérations chirurgicales de la gorge et du nez (opération des végétations ou des amygdales).

**2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE EXACYL, comprimé pelliculé ?**

**Ne prenez jamais EXACYL, comprimé pelliculé :**

- si vous êtes allergique à l'acide tranexamique ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament mentionnés à la rubrique 6.
- si vous souffrez actuellement d'une thrombose artérielle ou veineuse (caillots dans les artères tels que infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral) ou dans les veines tels que thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire.
- si vous souffrez d'une affection, dénommée « coagulopathie de consommation », dans laquelle des caillots sanguins se forment dans l'ensemble des vaisseaux de l'organisme.

- si vous avez des problèmes rénaux,
- si vous avez des antécédents de convulsions,
- si vous êtes allergique au blé, car ce médicament contient de l'amidon de blé.

ute, informez

EXACYL, comprimé pelliculé vous convient :

- si vous avez présenté du sang dans les urines car EXACYL, comprimé pelliculé peut entraîner une obstruction des voies urinaires,
  - si vous présentez un risque de survenue de caillots sanguins,
  - si vous prenez un contraceptif oral ou un traitement substitutif de la ménopause,
  - si vous présentez (ou avez déjà présenté) des convulsions ou si vous prenez un traitement contre l'épilepsie et/ou les convulsions (anticonvulsifs), EXACYL, comprimé pelliculé ne doit pas vous être prescrit.
  - si vous êtes sous traitement de longue durée par EXACYL, comprimé pelliculé, il faut prêter attention à de possibles perturbations de la vision des couleurs et, si nécessaire, le traitement doit être interrompu. Des examens ophtalmologiques réguliers (examens de l'œil et notamment acuité visuelle, vision des couleurs, fond de l'œil, champ visuel, etc.) sont indiqués lors de l'utilisation continue et prolongée d'EXACYL, comprimé pelliculé. Si des changements ophtalmiques pathologiques sont observés, particulièrement en présence de maladies de la rétine, votre médecin doit consulter un spécialiste afin de décider de la nécessité d'utiliser à long terme EXACYL, comprimé pelliculé dans votre cas personnel.
  - si vous avez une maladie des reins (insuffisance rénale chronique). Dans ce cas, votre médecin adaptera la dose à votre état.
- Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre EXACYL, comprimé pelliculé.

**Autres médicaments et EXACYL, comprimé pelliculé**

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament. Il peut s'agir de médicaments obtenus sans ordonnance, de vitamines, de minéraux, de produits phytothérapeutiques ou de compléments alimentaires. Vous devez tout spécialement informer votre médecin si vous prenez :

- d'autres médicaments susceptibles de favoriser la coagulation du sang, dénommés antifibrinolytiques,
- des médicaments qui préviennent la formation de caillots sanguins, dénommés thrombolytiques,
- des contraceptifs oraux.

**Grossesse et allaitement**

**Grossesse**

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant les 3 premiers mois de grossesse. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez rapidement votre médecin, lui seul pourra adapter le traitement à votre état.

**Allaitement**

Il est déconseillé d'allaiter pendant la durée du traitement. Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou

R STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE

ois : 80 mg/kg/j en 3 prises, sans dépasser  
repas. La posologie est à adapter chez

à 3 fois par jour en fonction de  
et de repas. La posologie est à adapter



- 2- Rajouter un peu  
d'eau
- 3- Remuer  
quelques secondes
- Boire  
immédiatement.

#### PREVUE.

utilisé régulièrement aux doses prescrites,  
n'aura prescrit.

symptôme, ne signifie pas que vous êtes  
de fatigue n'est pas due au traitement  
Le fait de réduire ou de suspendre son  
ion et retarderait sa guérison.

milie des bêta-lactamines (pénicillines,

iation amoxicilline/acide clavulanique.  
aspartam- (E951).

utilisé en association avec l'allopurinol.

e impose l'arrêt du traitement et la mise en

réactions d'hypersensibilité (anaphylaxie)  
nnellement observées chez les malades  
istration nécessite donc un interrogatoire  
typique à ces produits, la contre-indication

en cas d'insuffisance rénale ou d'atteinte  
des fonctions hépatique et rénale en cas de  
l'effet indésirable hépatique (cholestase)  
10 jours et tout particulièrement au-delà de

En cas d'administration de doses élevées d'amoxicilline, un apport hydrique  
suffisant doit être assuré pour réduire les risques de cristallurie, contrôler régulièrement  
la formule sanguine. Tenir compte des teneurs en potassium et en aspartam.

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

NE JAMAIS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

#### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Veuillez indiquer à votre médecin ou à votre pharmacien si vous prenez ou avez pris  
récemment un autre médicament, notamment du méthotrexate, même s'il s'agit d'un  
médicament obtenu sans ordonnance.

Liste des excipients à effet notoire : Aspartam

#### EFFETS INDESIRABLES

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES  
PERSONNES ENTRAÎNER DES EFFETS PLUS OU MOINS GÉNÉANTS : NE PAS  
HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

- Manifestations gastro-intestinales : nausées, vomissements, diarrhées, selles molles,  
dyspepsie, douleurs abdominales. Quelques rares cas de colites  
pseudomembraneuses et hémorragiques ont été rapportés.

- Eruption cutanée d'origine allergique ou non.

- D'autres manifestations ont été rapportées plus rarement :

- Néphrite interstitielle aiguë, cristallurie.

- Affections hépatobiliaires : augmentation modérée et asymptomatique des ASAT,  
ALAT ou phosphatases alcalines, ictère et / ou hépatite cholestatique ou mixte.

- Candidose cutanéomuqueuse, éosinophilie, leucopénie (neutropénie),  
agranulocytose, thrombocytopénie et anémie hémolytique réversibles.

SIGNALEZ À VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON  
SOUHAITE ET GENANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.

#### GROSSESSE

L'utilisation de l'association amoxicilline/acide clavulanique ne doit être envisagée au  
cours de la grossesse que si nécessaire.

#### ALLAITEMENT

Le passage de l'association amoxicilline/acide clavulanique dans le lait maternel est  
faible et les quantités ingérées sont très inférieures aux doses thérapeutiques. En  
conséquence, l'allaitement est possible en cas de prise de cet antibiotique.

Toutefois, interrompre l'allaitement ou le médicament en cas de survenue de diarrhée,  
de candidose ou d'éruption cutanée chez le nourrisson.

#### CONDITIONS DE CONSERVATION ET DE DELIVRANCE

A conserver à l'abri de l'humidité et à une température inférieure à 25°C.

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

Liste I: Tableau A. A ne délivrer que sur ordonnance.

Date de la dernière révision : Octobre 2015

Laboratoires Steripharma  
Z.I Lina N° 347, Sidi Maarouf - CASABLANCA  
Amine TAHIRI - Pharmacien Responsable

# Maxiclav®

amoxicilline + acide clavulanique

**1g/125mg Adulte**  
**500 mg / 62,5 mg Enfant**

**POSOLOGIE**  
DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER  
VOTRE MEDECIN.

5 en amoxicilline.  
Enfant de plus de 30 m  
référence en début de

servé à l'adulte : 1 g  
le préférence en déb

PPV: 87DH00  
PER: 02-25  
LOT: M387

**MINISTRATION**



1- Déchirer  
le haut  
du sachet-dose  
et verser  
la poudre dans  
un verre.

## COMPOSITION

### MAXICLAV Adultes

Amoxicilline (sous forme trihydratée).....  
Acide clavulanique (sous forme de Clavulanate de potassium).....  
Excipients.....  
Rapport Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1.  
Teneur en Aspartam 30 mg/sachet, Teneur en Potassium 24,54

### MAXICLAV Enfants

Amoxicilline (sous forme trihydratée).....500 mg  
Acide clavulanique (sous forme de Clavulanate de potassium).....62,5 mg  
Excipients.....q.s pour un sachet  
Rapport Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1.  
Teneur en Aspartam 15 mg/sachet, Teneur en Potassium 12,27 mg/sachet.

## FORMES ET PRESENTATIONS PHARMACEUTIQUES

### MAXICLAV Adultes

Poudre pour suspension buvable : Boite de 12, 16 et 24 sachets.

### MAXICLAV Enfants

Poudre pour suspension buvable : Boite de 12, 16 et 24 sachets.

## INDICATIONS

Antibiotique de la famille des bêta-lactamines, pénicillines du groupe A et d'un inhibiteur puissant et irréversible de bêta-lactamases.

**MAXICLAV Adulte** présente un intérêt tout particulier, pour l'adulte, dans les infections suivantes :

- otites moyennes aiguës,
- sinusites maxillaires aiguës et autres formes de sinusites,
- surinfections de bronchites aiguës du patient à risque, notamment éthylique chronique, tabagique, âgé de plus de 65 ans, en cas de risque évolutif ou en seconde intention,
- exacerbations de broncho-pneumopathies chroniques,
- pneumopathies aiguës du patient à risque, notamment éthylique chronique, tabagique, âgé de plus de 65 ans ou présentant des troubles de déglutition,
- cystites aiguës récidivantes, cystites non compliquées de la femme et pyélonéphrites aiguës non compliquées dues à des germes sensibles,
- infections gynécologiques hautes en association à un autre antibiotique actif sur les chlamydiae,
- parodontites,
- infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites,
- traitement de relais de la voie injectable.

**MAXICLAV Enfants** présente un intérêt, tout particulier, pour l'enfant de plus de 30 mois, dans les infections suivantes :

- otites moyennes aiguës de l'enfant, otites récidivantes,
- surinfections de bronchopneumopathies chroniques,
- infections urinaires récidivantes ou compliquées à l'exclusion des prostatites,
- infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites, parodontites,
- infections respiratoires basses de l'enfant de 30 mois à 5 ans,
- sinusites.

## RESPECTER LA DUREE DU TRAITEMENT

Pour être efficace, cet antibiotique doit être et aussi longtemps que votre médecin vous le prescrit. La disparition de la fièvre, ou de tout autre symptôme, ne signifie pas que l'infection est complètement guérie. L'éventuelle impression de mieux-être ne doit pas vous faire interrompre le traitement sans effet sur cette impression.

## CONTRE - INDICATIONS

Allergie aux antibiotiques de la famille des céphalosporines).

Allergie à l'un des constituants de MAXICLAV. Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association de Phénylcydonurie en raison de la présence de Phénylalanine. MAXICLAV® ne doit généralement pas être utilisé.

## MISES EN GARDE

La survenue de toute manifestation allergique place d'un traitement adapté.

Des réactions immuno-allergiques dont le caractère est sévère et parfois fatales ont été exceptionnelles traitées par les bêta-lactamines. Leur administration doit être précédée d'un avis médical préalable. Devant des antécédents d'allergie à un antibiotique, le traitement doit être formelle.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'allergie hépatique. Il est recommandé de surveiller l'état du patient pendant le traitement prolongé. Le risque de survenue d'allergie est majoré en cas de traitement supérieur à 15 jours.



Lot N° : FL13

Exp. 06/2025

PPC : 125.50 DH

### LES CARACTÉRISTIQUES DU FERLIPO® (LIPOFER) :

Les ingrédients de **FERLIPO®** ont été soigneusement sélectionnés selon les standards européens.

**FERLIPO®** est un lipofer hautement biodisponible. En effet, le fer liposomal est une source de fer, qui s'achemine sans s'altérer le long de la zone acide de l'estomac, jusqu'à atteinte de son site d'absorption maximale (Duodénum / Jéjunum).

Il s'agit d'une source micronisée et micro-encapsulée de fer sans effet pro-oxydant ni goût métallique (Non Organoleptique).

**FERLIPO®** permet d'augmenter rapidement la teneur en fer tout en bénéficiant d'une tolérance digestive optimale, sans constipation, sans épigastalgies et sans coloration des dents et des selles.

**FERLIPO®** est un fer liposomal dans des gélules végétales.

### PRÉCAUTIONS ET CONDITIONS D'UTILISATION

Tenir hors de la portée des enfants.

A conserver dans son étui et dans un milieu sec.

Pour plus d'informations, consultez votre médecin ou pharmacien.



Dr. Boost



# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300253891

## F A C T U R E

N° 28 158 / 2023 du 14/07/2023

Nom patient : RAFA AICHA

Entrée 14/07/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 14/07/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	300.00
ECBU + AntibioGramme	1.00		180.00	180.00
Ionogramme (NA K CL RA PT CA)	1.00		120.00	120.00
Uree	1.00		36.00	36.00
Creatinine sanguine	1.00		36.00	36.00
Scanner abdomino-pelvien	1.00		2 000.00	2 000.00
NFS - Numeration formule sanguine + plaq	1.00		96.00	96.00
Proteine C reactive - CRP	1.00		120.00	120.00
			Sous-Total	2 888.00
PHARMACIE (en sus)	1.00		365.30	365.30
			Sous-Total	365.30
Total Frais Clinique				3 253.30

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
TROIS MILLE DEUX CENT CINQUANTE-TROIS DIRHAMS TRENTES CENTIMES	Total	3 253.30

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	2 588.00				2 588.00	665.30








HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

## PLI CONFIDENTIEL

<b>Nom et prénom de l'assuré (e) :</b>		<b>Nom et prénom du médecin traitant :</b>	
<b>Numé</b>	 2300253891 / 230714202703S.	<b>INPE et code à barres :</b> 	
<b>Nom et l'assuré</b>	Prénom : AICHA Nom : RAFA DDN : 10/09/1970 E: 14/07/2023 Service : URGENCE (SO)	Pr. Assistant FAREH Mohamed Gynécologue-Obstétricien 041185448	
<b>Date de naissance du bénéficiaire : .....</b>			

<b>Date de la consultation :</b> 14/07/2023		
<b>Diagnostic et motif des soins</b> 53 ans, Hémiparésie gauche + KO droit Complication d'une embolie Mb: 8 gl de son métrorrag.		
<b>Antécédents et facteurs de risque :</b> DM 1 <sup>er</sup> type - Masse Mb: 2 <sup>ème</sup> de 2 <sup>ème</sup> en neurologie + KO de 8/6m		
<b>Examen clinique à l'admission :</b>		
<b>Résultats des bilans para cliniques :</b>		
<b>Libellé et nature des soins :</b> Amexedome / Hystérectomie totale (+) Bilatérale		
<b>Durée prévisible des soins</b>	<b>Date de début</b>	<b>Date de fin</b>
	14/07/2023	
<b>Fait a :</b> Casablanca <b>Le :</b> 14/07/2023		
<b>Signature et cachet du médecin traitant</b> 		

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

## F A C T U R E

2300253894

N° : 28318 / 2023 du 17/07/2023

Nom patient	RAFA AICHA	Entrée	14/07/2023
Prise en charge	MUPRAS	Sortie	17/07/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
bilan biologique	1.45	B 240	240.00	348.00
Journee d'hospitalisation de medecine	3.00	K	550.00	1 650.00
Consultation pre-anesthesique	1.00	K	200.00	200.00
Consultation de medecin spécialiste	3.00	K	200.00	600.00
			<i>Sous-Total</i>	2 798.00
PHARMACIE (en sus)	1.00		125.23	125.23
PHARMACIE (médicaments)	1.00		502.58	502.58
			<i>Sous-Total</i>	627.81
<b>Total Clinique</b>				<b>3 425.81</b>

<b>Arrêtée la présente facture à la somme de :</b>		<b>Total</b>	<b>3 425.81</b>
TROIS MILLE QUATRE CENT VINGT-CINQ DIRHAMS QUATRE-VINGT-UN CENTIMES			
Immatriculation :	Adhérent :	Part organisme	
Affiliation :	N° prise en charge :	Part patient	3 425.81
Cin :			



Identifiant du patient : 230714202703S.

Date de naissance : 10/09/1970

Sexe : F

Date de l'examen : 14/07/2023

Prélevé le : 14/07/2023 à 20:55

Edité le : 17/07/2023 à 10:24

RAFA AICHA

Dossier N° : 23070908

Docteur DR. BERTUL AZIZ NULL



## NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

(Sang total, Impédancemétrie, cytométrie de flux et photométrie, Sysmex XN)

### Numération globulaire

Hématies	:	4.54	10 <sup>12</sup> /l	3.8 - 5.9
Hémoglobine	:	8.0	g/dl	11.5 - 17.5
Hématocrite	:	28.7	%	34 - 53
VGM	:	63.2	fl	76 - 96
CCMH	:	27.9	g/dl	31 - 36
TCMH	:	17.6	pg	24.4 - 34.0

### Anémie microcytaire

### Formule leucocytaire

Leucocytes	:	8.29	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	3.8 - 11.0
P. Neutrophiles	:	66.9	%	5.5 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.4 - 7.7
P. Eosinophiles	:	2.3	%	0.19 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.02 - 0.58
P. Basophiles	:	0.6	%	0.05 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> < 0.11
Lymphocytes	:	22.7	%	1.88 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 1.0 - 4.8
Monocytes	:	7.5	%	0.62 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> 0.15 - 1.00

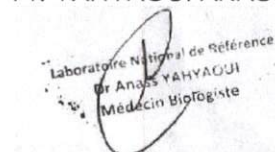
### Numération plaquettaire

Plaquettes	:	232	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 - 445
------------	---	-----	----------------------------------	-----------

Le 17/07/2023 à 10:24

Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS



Laboratoire National de Référence  
Pr. Anass YAHYAOUI  
Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca.  
Tél : +212 529 050 233, Courriel : contact@lnr.ma, Site web : www.lnr.ma

PARTENAIRE DU GROUPE INOVIE

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

Identifiant du patient : 230714202703S.

Date de naissance : 10/09/1970

Sexe : F

Date de l'examen : 14/07/2023

Prélevé le : 14/07/2023 à 20:55

Edité le : 17/07/2023 à 10:24

RAFA AICHA

Dossier N° : 23070908

Docteur DR. BERTUL AZIZ NULL



## BIOCHIMIE SANGUINE

PROTÉINE C RÉACTIVE : 42.5 mg/l < 5  
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Architect)

Domaine de référence consensuel pour les adultes : < 5 mg/L (IFCC/CRM 470)

Domaines de référence 5-95 % chez les nouveau-nés et les enfants :

Nouveau-nés (0 à 3 sem.) : 0,1-4,1 mg/L

Enfants (2 mois à 15 ans) : 0,1-2,8 mg/L

L'important est le contrôle de l'évolution de la concentration en CRP au cours du processus pathologique aigu.

URÉE : 0.17 g/L 0.17 - 0.49  
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Abbott)

CRÉATININE SANGUINE : 6.2 mg/L 5.1 - 9.5  
(Sang, enzymologie, Abbott)

## IONOGRAMME

SODIUM (Na<sup>+</sup>) : 142 mmol/L 136 - 145  
(Sang, potentiométrie, ISE indirect, Architect)

POTASSIUM (K<sup>+</sup>) : 3.5 mmol/L 3.5 - 5.1  
(Sang, potentiométrie, ISE indirect, Architect)

CHLORURES (Cl<sup>-</sup>) : 107 mmol/L 98 - 107  
(Sang, potentiométrie, ISE indirect, Architect)

RÉSERVE ALCALINE : 21.0 mmol/L 22 - 29

PROTEINES TOTALES : 78 g/L 64 - 83  
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Biuret, Architect)

Le 17/07/2023 à 10:24  
Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS

Laboratoire National de Référence  
Dr ANASS YAHYAOUI  
Médecin Biologiste



Identifiant du patient : 230714202703S.

Date de naissance : 10/09/1970

Sexe : F

Date de l'examen : 14/07/2023

Prélevé le : 14/07/2023 à 20:55

Edité le : 17/07/2023 à 10:24

RAFA AICHA

Dossier N° : 23070908

Docteur DR. BERTUL AZIZ NULL



CALCIUM

:

90.0 mg/L

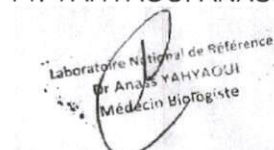
86 - 100

(Sang, spectrophotométrie d'absorption,  
Architect)

Le 17/07/2023 à 10:24

Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS

  
Laboratoire National de Référence  
Pr. Anass YAHYAOUI  
Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca.  
Tél : +212 529 050 233, Courriel : contact@lnr.ma, Site web : www.lnr.ma

PARTENAIRE DU GROUPE 

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

Identifiant du patient : 230714202703S.

Date de naissance : 10/09/1970

Sexe : F

Date de l'examen : 14/07/2023

Prélevé le : 14/07/2023 à 20:55

Edité le : 17/07/2023 à 10:24

RAFA AICHA

Dossier N° : 23070908

Docteur DR. BERTUL AZIZ NULL



## BACTERIOLOGIE

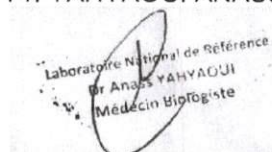
### EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

MODALITÉ DE PRÉLÈVEMENT	:	Non renseigné
ASPECT MACROSCOPIQUE	:	Légèrement trouble
EXAMEN CYTOLOGIQUE		
Leucocytes	:	< 10 <sup>4</sup> /ml
Hématies	:	40* 10 <sup>3</sup> /ml
Cellules épithéliales	:	Rares
Autres cellules	:	Absence
Cylindres	:	Absence
Cristaux	:	Absence
Eléments fongiques	:	Absence
CULTURE		
Culture sur CLED	:	Négative
Numération des germes	:	< 10 <sup>3</sup> UFC/ml
COMMENTAIRE	:	Absence d'arguments microbiologiques en faveur d'une infection et/ou d'une colonisation urinaire.

Le 17/07/2023 à 10:24

Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS



Laboratoire National de Référence  
Pr. Anass YAHYAOUI  
Médecin Biologiste





## COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

IDENTIFICATION DU PATIENT	INFORMATIONS SUR LE SÉJOUR
Nom : RAFA	Médecin Traitant : Pr FAREH
Prénom : AICHA	Service d'Hospitalisation :
Age : 52 ans	IPP du Patient : 230714202703S.
Sexe :	NDA Séjour :
DATE D ENTREE : 14/07/2023	DATE DE SORTIE : 17/07/2023

Patiente âgée de 52 ans, aux antécédent de myomectomie en 2013 et connue porteuse d'un utérus myomateux consulte pour métrorragies et douleur pelvienne en FID

Au bilan: Anémie à 8g/dl

A la TDM réalise le même jour objective une volumineuse masse utérine mesurant 14\*25 cm heterogene renfermant des calcifications et nécrose centrale mesurant

Hospitalisation pour prise en charge d'une nécrobiose avec:

- Exacyl
- Oedes
- Profenid
- Andol

Décision d'une hystérectomie pour utérus polomyomateux programmé le Jeudi 20/07/2023

Demande de sang faite et doit être prête le jeudi 20/07/2023

CPA faite

Ordonnance remise a la patiente comprenant: Maxiclav, Exacyl, Profenid, Zolus, Ferlipo

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Pr. Assistant FAREH Mohamed  
Gynécologue-Obstétricien  
04118544



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI  
HUIM6

Date : 14/02/2023

N° : 0051181

### QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP : \_\_\_\_\_

N° d'admission : \_\_\_\_\_

Montant : 2588 DA

Patient : RAFA DICHA

Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI  
HUIM6

Date : 14/07/2023  
N° : 0052401

### QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP : \_\_\_\_\_

N° d'admission : \_\_\_\_\_

Montant : ~~7~~ 665,30

Patient : RAFA AICHA

Cachet



# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300253891

## F A C T U R E

N° 28 158 / 2023 du 14/07/2023

Nom patient : RAFA AICHA

Entrée 14/07/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 14/07/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	300.00
ECBU + AntibioGramme	1.00		180.00	180.00
Ionogramme (NA K CL RA PT CA)	1.00		120.00	120.00
Uree	1.00		36.00	36.00
Creatinine sanguine	1.00		36.00	36.00
Scanner abdomino-pelvien	1.00		2 000.00	2 000.00
NFS - Numeration formule sanguine + plaq	1.00		96.00	96.00
Proteine C reactive - CRP	1.00		120.00	120.00
			Sous-Total	2 888.00
PHARMACIE (en sus)	1.00		365.30	365.30
			Sous-Total	365.30
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>3 253.30</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE DEUX CENT CINQUANTE-TROIS DIRHAMS TRENTE CENTIMES

**Total 3 253.30**

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	3 253.30				3 253.30	0.00

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

14/07/2023  
23:45

Nom Patient : RAFA AICHA

Numéro dossier : 2300253891

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
14/07/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 10X10 PQT5	0	1,00	3.50	3.50
14/07/2023	GANT DE CHIR.STERILE EN LATEX T 7,5	0	1,00	7.48	7.48
14/07/2023	SERINGUE 20ML	0	1,00	1.40	1.40
14/07/2023	SONDE FOLEY LATEX CH14	0	1,00	6.26	6.26
14/07/2023	POCHE A URINE ADULTE	0	1,00	4.55	4.55
14/07/2023	FLACON DE PRELEV D'URINE SOUS VIDE 120ML	0	1,00	4.68	4.68
14/07/2023	FLACON POUR URINE ECBU 60ML	0	1,00	2.34	2.34
14/07/2023	ACUPAN 20 MG SOLUTION IN 20MG INJECTA (0	0	1,00	6.34	6.34
14/07/2023	ANDOL 1G INJECTABLE BOIT 1G INJECTA (01)	0	1,00	18.80	18.80
14/07/2023	CLOPRAME 10 MG/2ML SOLUT 10MG/2ML INJECT	0	1,00	1.39	1.39
14/07/2023	OMEPRAZOLE NORMON 40 MG 40MG INJECTA (0	0	1,00	29.90	29.90
14/07/2023	INTRANULE G 20	0	1,00	1.60	1.60
14/07/2023	AIGUILLE DE PRELEVEMENT 22G25MM	0	1,00	1.40	1.40
14/07/2023	SERINGUE 10ML	0	1,00	0.94	0.94
14/07/2023	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	0	1,00	5.86	5.86
14/07/2023	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	0	1,00	1.17	1.17
14/07/2023	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP	0	1,00	0.44	0.44
14/07/2023	BANDELETTE ET LANCETTE CONTOUR PLUS	0	1,00	3.77	3.77
14/07/2023	FLACON DE PRELEV D'URINE SOUS VIDE 120ML	0	1,00	4.68	4.68
14/07/2023	FLACON POUR URINE ECBU 60ML	0	1,00	2.34	2.34
14/07/2023	ALESE 60X90CM	0	1,00	4.10	4.10
14/07/2023	SERINGUE 5ML	0	1,00	0.78	0.78
14/07/2023	COUCHE 1ER AGE	0	1,00	1.48	1.48
14/07/2023	OMNIPAQUE 100ML 300 MG 300MG/100 INJEC	136422	1,00	246.00	246.00
14/07/2023	PROLONGATEUR EN PVC 1.5MMX1.50	136422	1,00	4.10	4.10
Total pharmacie					365.30





## COMPTE RENDU OPÉRATOIRE

IDENTIFICATION DU PATIENT	INFORMATIONS SUR LE SÉJOUR
Nom : RAFA	Médecin Traitant : PR FAREH
Prénom : AICHA	Service d'Hospitalisation
Age : 52 ans	IPP du Patient : 230714202703S.
Sexe : F	NDA Séjour :
Date et heure d'Intervention : 20/07/2023	

**INTERVENANTS** : PR FAREH / PR DEHAYNI - PR KANTRI

**INTERVENTIONS EFFECTUÉE** : HYSTERECTOMIE

**MODE D'ANESTHÉSIE** : sous AG

**COMPTE RENDU OPÉRATOIRE** :

Sous AG, en décubitus dorsal, sondage urinaire.

Badigeonnage à la bétadine, mise en place de champs stériles

Reprise de l'ancienne incision de Pfannentiel

Décollement musculo-aponevrotique, puis Décollement vésico-utérin

Exploration de la cavité abdomino-pelvien, retrouvant un énorme fibrome de 25 cm arrivant jusqu'au foie et qui refoule latéralement l'utérus et des anses avec des adhérences épiploïques libérées.

Un abord très laborieux vu la taille du fibrome, d'où la nécessité d'élargir par section partielle des muscles droits.

Après ligature section bilatérale des ligaments rond, puis des pédicules utérins, et enfin des ligaments lombo-ovariens. Enucléation d'un fibrome, hémostase de la cavité assurée.

Réalisation d'une hystérectomie subtotale, annexectomie bilatérale.

Fermeture du col utérin.

fermeture du péritoine par surjet

Hémostase assurée.

compte correct des compresses et champs

Fermeture plan par plan

Urines claires en fin d'intervention

NB. Les pièces réséquées ont été adressé à l'anapath.

N.B 2 transfusion per-opératoire

**SIGNATURE :**  
Professeur DEHAYNI Mohamed VI  
Gynécologie - Obstétrique  
101102622



Identifiant du patient : 230714202703S.

Date de naissance : 10/09/1970

Sexe : F

Date de l'examen : 15/07/2023

Prélevé le : 15/07/2023 à 01:48

Edité le : 15/07/2023 à 03:13

RAFA AICHA

Dossier N° : 23070919

Docteur FAREH MOHAMED NULL

Service : HOSPIT GYNÉCO-OBST



## IMMUNO-HEMATOLOGIE

Détermination	:	Deuxième
Groupe sanguin	:	A
Facteur Rhésus	:	Positif

Ne pas diffuser au patient  
Résultats à considérer sous réserve de validation biologique

Le 15/07/2023 à 03:13

Signature

Mlle. BAHIR Halima

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca.  
Tél : +212 529 050 233, Courriel : contact@lnr.ma, Site web : www.lnr.ma

PARTENAIRE DU GROUPE 

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس



## Rapport Médical d'Hospitalisation

Nom et prénom: RAFA AICHA

Date de naissance: 10/09/1970

CIN: BH301733

Sexe: F ☒ M ☐

Adresse: POLE URBAINE EL HAMID  
NR RE 220 NOUACEUR CASA

Établissement: HUIM6

Date d'entrée 20/07/2023

Date de sortie 23/07/2023

Type D'admission:

☐ Hospitalisation programmée

Médicale ☐

Chirurgicale ☐

Hôpital de jour ☐

☐ Urgence ☐

Service(s) d'hospitalisation: HGO

Nombre de jours

Organismes Gestionnaires: PAYANT

### Motif d'hospitalisation:

Hyserectomie totale + annexectomie

### Antécédents et facteurs de risque:

myomectomie en 2013

### HDM :

Admise pour hysterectomie + annexectomie pour un fibrome volumineux de 25 cm de grand axe avec necrobiose, responsable de douleurs pelviennes et métrorragies avec anémie à 8 g/dL d'hémoglobine. La patiente a été opérée le 20/07/2023, pièce opératoire envoyée à l'anapath. 1 CG a été transfusé en per-opératoire

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309  
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79 : www.hm6.ma





# HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Nom du patient: RAFA AICHA  
Type d'examen: Scanner abdomino-pelvien  
Médecin traitant:

Date: 14/07/2023

**INDICATION :** Myomes utérins connus, métrorragies avec douleurs de la fosse iliaque droite

**TECHNIQUE :** Examen réalisé en acquisition hélicoïdale sur l'abdomen et le pelvis sans et après injection de produit de contraste iodé au temps portal.

## **RÉSULTATS :**

- Présence d'une volumineuse masse utérine hétérogène renfermant des calcifications et nécrose centrale, étendue jusqu'au niveau ombilical mesurée à 14 x 25 cm de grand axe.
- Présence au niveau de la fosse iliaque droite d'une formation kystique latéro-utérine d'allure cloisonnée, sans paroi, avec un refoulement des structures digestives, cette masse mesure 8 x 6 cm. On note une turgescence de la veine ovarienne droite en amont.
- Appendice comprimé non visible.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Absence d'adénopathie.
- Absence d'hydronéphrose.
- Par ailleurs :
  - Foie de taille et de morphologie normales, sans lésion focale.
  - absence de dilatation des voies biliaire intra-ou extra hépatiques.
  - Vésicule biliaire de volume normal, sans calcul scanographiquement décelable, à paroi fine.
  - Absence d'anomalie Pancréatique, rénale, surrénalienne et splénique .
  - Vessie sondée comprimé par la masse utérine
- 

## **CONCLUSION :**

**Volumineuse masse utérine abdominopelvienne comprimant la vessie et les structures digestives, grossièrement nécrosée.**

**Formation kystique latéro-utérine droite évoquant fort probablement une torsion d'annexe.**

Signé : Pr Ass BENSLIMA