

# 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 facture doit être joint 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 renvoyée sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

M23-0018462

179256

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 590

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Aziz Abdelkader

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/10/2023

Nom et prénom du malade : Dr. JABRANE Abdelkader

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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) :



# 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
06-10-2023	C		300,00	<p><b>Dr. ABRAHAM</b> Spécialiste en Néphrologie - Dialyse 16-18, Bd. Yacoub El Mansour Mansour - Tél: 05 22 98 49 55</p>
07-10-2023	Jeune et en perfusion		300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6/10/23	155,00
	6/10/2023	8253,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
				30		450,00

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
			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

# CENTRE D'HÉMODIALYSE YACOUB EL MANSOUR

16 18 BD Yacoub El Mansour Maarif Extension RDC Casablanca

**Docteur JABRANE ABDELAZIZ**

Spécialiste en Néphrologie - Dialyse

Tél : 05.22.98.49.55

Fax : 05.22.98.88.05



الذكتور جبران عبد العزيز  
إختصاصي في أمراض الكلي

الهاتف : 05.22.98.49.55

الفاكس : 05.22.98.88.05

Casablanca Le : 26/10/23

## ORDONNANCE

pd 50 kg

Dr Aziz Abdelhak

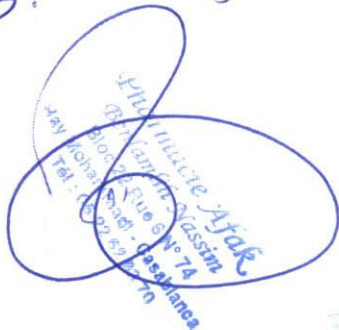
22/10/23



1) Eporin 4000 UI

2253.50 1mg x2 / 5mm

pd 3mm



Dr. JABRANE Abdelaziz  
Spécialiste en  
Néphrologie - Dialyse  
16-18 BD Yacoub El Mansour  
Casablanca Tél : 05 22 98 49 55

ation pour l'utilisateur du médicament

# EPOTIN®

2000UI et 4000UI

Solution injectables

Boîte de 10 flacons

DCI: Erythropoïétine recombinante humaine

Veuillez lire attentivement

avant de prendre ce médicament car elle contient des informations  
importantes sur son utilisation et les précautions d'emploi.

# EPOTIN®

## Erythropoïétine Recombinante Humaine

### Solution injectable

0091

NOVOPHARMA

LOT

27570



IV/SC

présents présentant une  
caractère  
sans carence  
8,1 mmol/L, sans carence  
soit 6,2 - 8,1 mmol/L, sans carence  
10 et 13 g/dL [soit 6,2 - 8,1 mmol/L, sans carence]  
du sang lorsqu'une intervention chirurgicale majeure  
d'épargne du sang (4 unités de sang ou plus chez les femmes et 5 unités d  
nécessite de grandes quantités de sang (4 unités de sang ou plus chez les hommes)  
sang ou plus chez les hommes).

L3129710

- Vous pourrez recevoir des suppléments en fer avant et pendant le traitement par EPOTIN, ce qui permet d'améliorer son efficacité.
- Le traitement par EPOTIN se poursuit généralement pendant un mois après la fin de la chimiothérapie.
- Les adultes donnent leur propre sang
- La posologie habituelle est de 600 UI par kilogramme de poids corporel deux fois par semaine
- EPOTIN est administré par voie intraveineuse, immédiatement après que vous ayez donné votre sang, pendant trois semaines avant l'intervention chirurgicale.
- Vous pourrez recevoir des suppléments en fer avant et pendant le traitement par EPOTIN, ce qui permet d'améliorer son efficacité.
- Les adultes devant avoir une intervention chirurgicale orthopédique majeure
- EPOTIN est administré par une injection sous la peau chaque semaine pendant trois semaines avant l'intervention.
- La date de votre intervention doit être avancée, la dose quotidienne de votre intervention et pendant les quatre semaines avant l'intervention.



4000 UI

tous avez un taux d'hémoglobine de 10 g/dL ou moins et de décès.

portelle, une fois par semaine.

justifier la dose en fonction de la réponse de votre personnel médical ou infirmier. Il est possible que, personne qui vous soigne pouvez-vous injecter

vez pas été formé par votre médecin ou votre

urnées par votre médecin ou votre infirmière.

conserve.

r à ce que le produit atteigne la température

EPOTIN est administré seul et n'est pas mélangé à d'autres liquides à injecter.

Nagitez pas le flacon d'EPOTIN. Une agitation vigoureuse et prolongée peut détériorer le produit. Si le produit a été vigoureusement agité, ne l'utilisez pas.

Si vous avez utilisé plus d'EPOTIN, solution injectable n'auriez dû:

Prière d'immédiatement votre médecin ou votre infirmière si vous pensez qu'une quantité excessive d'EPOTIN



information pour l'utilisateur du médicament

# EPOTIN®

2000UI et 4000UI

Solution injectables

Boîte de 10 flacons

DCI: Erythropoïétine recombinante humaine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Agissez conformément en suivant attentivement les instructions fournies dans cette notice ou

IV/SC

# EPOTIN®

Erythropoïétine Recombinante Humaine  
Solution injectable

0091

NOVOPHARMA

LOT

U24

2751



- L312971D
- Vous pourrez recevoir des suppléments en fer avant et pendant le traitement par EPOTIN, ce qui permet d'améliorer son efficacité.
  - Le traitement par EPOTIN se poursuit généralement pendant un mois après la fin de la chimiothérapie.
- Adultes donnant leur propre sang**
- La posologie habituelle est de 600 UI par kilogramme de poids corporel deux fois par semaine.
  - EPOTIN est administré par voie intraveineuse, immédiatement après que vous ayez donné votre sang, pendant trois semaines avant l'intervention chirurgicale.
  - Vous pourrez recevoir des suppléments en fer avant et pendant le traitement par EPOTIN, ce qui permet d'améliorer son efficacité.

**Adultes devant avoir une intervention chirurgicale orthopédique majeure**

- La posologie recommandée est de 600 UI par kilogramme de poids corporel une fois par semaine.
- EPOTIN est administré par une injection sous la peau chaque semaine pendant trois semaines avant l'intervention, ainsi que le jour de l'intervention.
- Si, pour des raisons médicales, la date de votre intervention doit être avancée, la dose quotidienne recommandée est de 300 UI le jour de l'intervention, le jour de l'intervention et pendant les quatre

EPOTIN® 4000 UI

Injection IV/SC

10 Flacons



4000 UI

trop élevé avant l'intervention, le traitement sera interrompu.  
nt et pendant le traitement par EPOTIN, ce qui permet

IN si vous avez un taux d'hémoglobine de 10 g/dL ou  
au d'hémoglobine entre 10 et 12 g/dL, un niveau supérieur  
sanguins et de décès.

au.  
asse corporelle, une fois par semaine.  
pourra ajuster la dose en fonction de la réponse de votre

njectable  
é par le personnel médical ou infirmier. Il est possible que,  
us ou la personne qui vous soigne pouvez-vous injecter

ous n'avez pas été formé par votre médecin ou votre

ctions fournies par votre médecin ou votre infirmier/ère.  
ctement conservé.

N jusqu'à ce que le produit atteigne la température  
minutes.

), la quantité injectée n'est habituellement pas supérieure

es liquides à injecter.

vigoureuse et prolongée peut détériorer le produit. Si le

Si vous avez utilisé plus d'EPOTIN, solution injectable n'auriez dû:

Prévenez immédiatement votre médecin ou votre infirmier/ère si vous pensez qu'une quantité excessive d'EPOTIN a été injectée. Les effets indésirables liés à un surdosage d'EPOTIN sont peu probables.



# **RAZON<sup>®</sup> 40mg** **Pantoprazole** Comprimés enrobés Boîte de 7, 14 et 28

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.  
 Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les instructions fournies dans cette notice ou par votre pharmacien ou votre médecin.  
 -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, il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.  
 -Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes.  
 -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.

## **Que contient cette notice ?**

1. Qu'est-ce que RAZON 40mg et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre RAZON 40mg ?
3. Comment prendre RAZON 40mg ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver RAZON 40mg ?
6. Informations supplémentaires.

## **1. QU'EST-CE QUE RAZON 40mg ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

Classe pharmaco-thérapeutique :  
 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS, Code ATC : A02BC02

Indications thérapeutiques :  
 ... médicament : Sans objet.

... comprimé gastro-résistant :

... pantoprazole et/ou à l'un des autres composants ( voir composition ) ;  
 ( médicament utilisé dans le traitement du sida ).

SPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN

garde spéciales

emploi

l'un traitement au long cours et comme avec les autres médicaments antisécrétoires gastriques, il existe un risque de malabsorption de  
 posant de réserves réduites ou présentant des facteurs de risque.  
 médicament AVEC PRECAUTION en cas d'insuffisance hépatique.

TER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN

ments

40mg, comprimé gastro-résistant

lisé en association avec l'atazanavir ( médicament utilisé dans le traitement du sida ).

ent un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

s boissons : Sans objet.

nythothérapie ou thérapies alternatives : Sans objet.

l'allaitement

en mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser ce médicament au cours de la grossesse et de l'allaitement.

قوسا لاسا لاسا  
 لصارة لاسا  
 28

LOT: 632  
 EXP: 04/25  
 REF: 130,0001-1

# Ferinject® 50 mg/ml

solution injectable/pour perfusion

Fer

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

## DENOMINATION DU MEDICAMENT

FERINJECT 50 mg/ml, solution injectable/pour perfusion

## COMPOSITION DU MEDICAMENT

Composition:

Fer (DCI) ..... 500 mg (Sous forme de carboxymaltose ferrique)

Excipients : Hydroxyde de sodium, Acide chlorhydrique et eau pour préparations injectables

Forme pharmaceutique: Ce médicament se présente sous forme de solution pour injection / perfusion (un flacon de 10ml)

## CLASSE PHARMACO THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

FERINJECT est une préparation anti-anémique; ce médicament est utilisé pour traiter l'anémie. Il contient du fer sous forme de composé glucidique. Le fer est un élément essentiel nécessaire à la capacité de transport de l'oxygène de l'hémoglobine dans les globules rouges et de la myoglobine dans le tissu musculaire. De plus, le fer participe à de nombreuses autres fonctions nécessaires au maintien de la vie dans l'organisme.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Une anémie martiale chez les patients lorsque le traitement par fer oral n'est pas efficace, inefficace ou impossible, comme dans les cas d'intolérance aux médicaments par os, dans les maladies gastro-intestinales inflammatoires (par exemple la maladie de Crohn) pouvant être aggravées par le traitement oral à base de fer, ou en cas de carence martiale réfractaire au traitement lorsqu'on suspecte une non-observance de la prise orale des sels de fer. Ferinject ne doit être administré qu'après le diagnostic de carence martiale certain et confirmé par des analyses de laboratoire appropriées (par ex. ferritinémie, hémoglobine, hématocrite, numération plaquettaire, VGM et TCMH).

## POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Une dose unitaire de Ferinject ne devrait pas dépasser 1000 mg de fer (20 ml) par jour ou 20 mg de fer (0,4 ml) par kg de poids corporel. La dose hebdomadaire totale maximale est de 1000 mg (20 ml).

Chez les patients atteints d'une maladie rénale chronique nécessitant un recours à l'hémodialyse, il convient de ne pas dépasser une dose journalière maximale de 200 mg de fer.

La dose totale cumulée de Ferinject (en mg de fer) doit être calculée individuellement et ne doit pas être dépassée. La dose totale cumulée doit être calculée individuellement à l'aide de la formule de Ganzoni comme suit:

Déficit en fer total [mg] = dose totale cumulée [mg] - Poids corporel [kg] × (Hb cible - Hb mesurée) [g/dl] × 2,4 + réserve de fer [mg]

Pour un poids corporel de moins de 35 kg: Hb cible = 13 g/dl (8,1 mmol/l) resp. réserves en fer = 15 mg/kg

Pour un poids corporel égal ou supérieur à 35 kg: Hb cible = 15 g/dl (9,3 mmol/l) resp. réserves en fer = 500 mg.

Conversion de Hb [mM] en Hb [g/dl]: multiplier Hb [mM] par le facteur 1,61145.

Facteur 2,4 = 0,0034 × 0,07 × 10,000 (teneur en fer de l'hémoglobine = 0,34% / volume

Rare: syncope, présyncope.

**Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales**

Occasionnel: dyspnée.

Rare: bronchospasmes.

**Affections gastro-intestinales**

Fréquent: nausées.

Occasionnel: vomissements, dyspepsie, flatulences, douleurs abdominales, constipation, diarrhée.

**Affections hépatobiliaires**

Fréquent: élévation du taux d'alanine aminotransférase (ALAT).

Occasionnel: élévation des taux d'aspartate aminotransférase (ASAT), de gamma-glutamyltransférase (γ-GT), de lactate déshydrogénase (LDH) et de phosphatase alcaline (PAL).

**Affections de la peau et du tissu sous-cutané**

Occasionnel: prurit, urticaire, rougeur cutanée (érythème), éruption cutanée (rash) comprenant les symptômes suivants: éruption cutanée érythémateuse généralisée, maculeuse, maculo-papuleuse et provoquant des démangeaisons).

Rare: angio-œdème, dermatite, pâleur et œdème du visage.

**Affections musculo-squelettiques, du tissu conjonctif et des os**

Occasionnel: myalgies, mal de dos, arthralgies, crampes musculaires, douleurs articulaires.

**Troubles généraux et anomalies au site d'administration**

Fréquent: réactions au site d'injection (comprenant les symptômes suivants: brûlure, douleur, tache bleue, colorations (occasionnellement persistantes), extravasation, irritation, réaction, phlébite et parathésie

Occasionnel: fièvre, fatigue, douleur.

Rare: malaise, épisodes de type

**MISES EN GARDE SPECIALE**

L'administration intraveineuse de Ferinject peut provoquer des réactions aiguës de type anaphylactique potentiellement létales. Des réactions anaphylactiques ont été rapportées lors de l'administration parentérale de fer. Des complications.

Le traitement par Ferinject ne doit être soigneusement l'indication.

Ferinject ne doit être utilisé qu'après avoir lu attentivement les informations disponibles, en mesure d'évaluer les avantages et les risques et ceci uniquement dans une situation où les bénéfices sont supérieurs aux risques. Les patients d'administration de Ferinject à

préalable de préparations intraveineuses.

Les symptômes typiques de la réaction anaphylactique sont:

de la pression artérielle, tachycardie,

respiratoires (obstruction bronchiale, asthme),

abdominaux (crampes abdominales, vomissements),

(urticaire, érythème, prurit, etc.).

Les patients doivent être surveillés pendant au moins 30 minutes après l'administration d'une préparation à base de fer par voie parentérale à la recherche de signes et de symptômes d'une réaction d'hypersensibilité. Dans le cas où pendant l'administration des réactions allergiques ou des signes d'intolérance surviennent, le traitement doit immédiatement être arrêté.

Le traitement médicamenteux d'urgence de réactions anaphylactiques/anaphylactoides aiguës: est en premier lieu l'adrénaline, par exemple, par doses de 0,3 mg en intramusculaire. Ensuite, antihistaminiques et/ou corticostéroïdes (début de l'effet plus

50 mg de fer/ml  
ferinject®

Distribué par PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV: 1371 DH 00

0121 22 22 22



6 25 1065 04 3257

01/01/2023

30 g/c

15 g/d

45 g/d

**BEN-ADDI MOHAMED**  
**INFIRMIER DIPLOME D'ETAT**  
**356 AV 6 NOVEMBRE CD**  
**CASA AUTO N° 583 LE 16/3/65**



Information pour l'utilisateur du médicament

# EPOTIN®

2000UI et 4000UI  
Solution injectables  
Boîte de 10 flacons

DCI: Erythropoïétine recombinante humaine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les instructions fournies dans cette notice ou par votre pharmacien ou votre médecin.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez des questions, demandez-les à votre pharmacien ou à votre médecin.

# EPOTIN®

Erythropoïétine Recombinante Humaine  
Solution injectable

0091

NOVOPHARMA

LOT

24 2757

## EPOTIN®

Injection IV/SC  
10 Flacons

4000 UI



6 118001010042

4000 UI

L312971D

- Vous pourrez recevoir des suppléments en fer avant et pendant le traitement par EPOTIN, ce qui permet d'améliorer son efficacité.

- Le traitement par EPOTIN se poursuit généralement pendant un mois après la fin de la chimiothérapie.

**Adultes donnant leur propre sang**

- La posologie habituelle est de 600 UI par kilogramme de poids corporel deux fois par semaine.
- EPOTIN est administré par voie intraveineuse, immédiatement après que vous ayez donné votre sang, pendant trois semaines avant l'intervention chirurgicale.
- Vous pourrez recevoir des suppléments en fer avant et pendant le traitement par EPOTIN, ce qui permet d'améliorer son efficacité.

**Adultes devant avoir une intervention chirurgicale orthopédique majeure**

- La posologie recommandée est de 600 UI par kilogramme de poids corporel une fois par semaine.
- EPOTIN est administré par une injection sous la peau chaque semaine pendant trois semaines avant l'intervention, ainsi que le jour de l'intervention.
- Si, pour des raisons médicales, la date de votre intervention doit être avancée, la dose quotidienne recommandée est de 300 UI/kg jusqu'à dix jours avant l'intervention, le jour de l'intervention et pendant les quatre premiers jours suivant l'intervention.

Si, avant l'intervention, vous présentez un taux d'hémoglobine trop élevé avant l'intervention, le traitement sera interrompu. Vous recevrez des suppléments en fer avant et pendant le traitement par EPOTIN, ce qui permet

de prévenir la myélodysplasie

Un traitement avec EPOTIN si vous avez un taux d'hémoglobine de 10 g/dL ou plus, permet de maintenir votre niveau d'hémoglobine entre 10 et 12 g/dL, un niveau supérieur qui diminue le risque de caillots sanguins et de décès.

Le produit est administré par injection sous la peau.

La dose recommandée est de 600 UI par kilogramme de masse corporelle, une fois par semaine. Les résultats des tests sanguins et pourra ajuster la dose en fonction de la réponse de votre EPOTIN.

**Administration d'EPOTIN, solution injectable**

EPOTIN est habituellement injecté par le personnel médical ou infirmier. Il est possible que vous ne sachiez pas la façon dont vous ou la personne qui vous soigne pouvez-vous injecter le produit (sous-cutané).

Ne vous auto-injectez le produit si vous n'avez pas été formé par votre médecin ou votre infirmier.

Le produit doit être conservé exactement selon les instructions fournies par votre médecin ou votre infirmier. Le produit doit être conservé dans son emballage d'origine, à l'abri de la lumière, jusqu'à ce que le produit atteigne la température ambiante.

Le produit doit être conservé à température ambiante (entre 15 et 30 minutes). Le produit doit être conservé à température ambiante (entre 15 et 30 minutes).

Le produit doit être conservé à température ambiante (entre 15 et 30 minutes). Le produit doit être conservé à température ambiante (entre 15 et 30 minutes).

Le produit doit être conservé à température ambiante (entre 15 et 30 minutes). Le produit doit être conservé à température ambiante (entre 15 et 30 minutes).

Le produit doit être conservé à température ambiante (entre 15 et 30 minutes). Le produit doit être conservé à température ambiante (entre 15 et 30 minutes).

# Pharmacie AFAK - CASABLANCA

Nassim BENLAMLIH

Service Commercial : 0522 62 83 70 / 066

Bloc 22 Rue 6 N° 74 Hay Mohammadi , Casablanca



Facture N° FAC-59452

Date : 07/10/2023

Maroc

MR  
ABDEKADER  
Pharmacie Afak  
Benlamlih Nassim  
Bloc 22 Rue 6 N° 74  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél : 05 22 62 83 70

Produit	Qté.	P.U	Total
EPOTIN IN 4000UI B10 INJECTABLES	3	2 751,00	8 253,00

Total Organisme	0 DHS
Total Client	8 253,00 DHS
<b>Total</b>	<b>8 253,00 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : huit mille deux cent cinquante-trois DHS

Pharmacie Afak  
Benlamlih Nassim  
Bloc 22 Rue 6 N° 74  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél : 05 22 62 83 70

Pharmacie Afak  
Benlamlih Nassim  
Bloc 22 Rue 6 N° 74  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél : 05 22 62 83 70

RC : 259274 ICE : 001612188000062

Tel : Service Commercial : 0522 62 83 70 / 066 RIB : Banque Populaire Agence Mly Cherif  
Adresse : Bloc 22 Rue 6 N° 74 Hay Mohammadi , Casablanca

# CENTRE D'HEMODIALYSE YACOUB EL MANSOUR

16 18 BD Yacoub El Mansour Maarif Extension RDC Casablanca

**Docteur JABRANE ABDELAZIZ**

Spécialiste en Néphrologie - Dialyse

Tél : 05.22.98.49.55

Fax : 05.22.98.88.05



الذكتور جبران عبد العزيز  
إختصاصي في أمراض الكلي

الهاتف : 05.22.98.49.55

الفاكس : 05.22.98.88.05

Casablanca Le : 06/10/23

## ORDONNANCE

Dr Aziz Abdelhak



Pharmacie Al Fak  
Dr Benlambh 3 Casim  
Bldc 22 Rue 6 N° 74  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Commande réupérée par

1) Ferinject 50mg  
13H.5

1 amp



2) Razan 40mg  
15H.5  
0 - 0 - 1

Dr. JABRANE Abdelaziz  
Spécialiste en  
Néphrologie - Dialyse  
16-18, Bd Yacoub El Mansour  
Casablanca - Tél: 05 22 98 49 55



# CENTRE D'HÉMODIALYSE YACoub EL MANSOUR

16 18 BD Yacoub El Mansour Maarif Extension RDC Casablanca

**Docteur JABRANE ABDELAZIZ**

Spécialiste en Néphrologie - Dialyse

Tél : 05.22.98.49.55

Fax : 05.22.98.88.05



الذكتور جبران عبد العزيز  
إختصاصي في أمراض الكلي

الهاتف : 05.22.98.49.55

الفاكس : 05.22.98.88.05

Casablanca Le : 07.10.2023

## ORDONNANCE

M<sub>r</sub> Aziz AbdelKader

Ferijed en perfusion, la somme  
st 300,00 de

**Dr. JABRANE Abdelaziz**

Spécialiste en

Néphrologie - Dialyse

16-18, Bd Yacoub El Mansour

Casablanca - Tél: 05 22 98 49 55

Lot: 23133

À utiliser de

préférence avant le: voir Etiquette flacon

PPC: 79,50 DH



01/01/2023

30 g

15 g

45 g

**BEN-ADDI MOHAMED**

**INFIRMIER DIPLOME D'ETAT**

**356 AV 6 NOVEMBRE CD**

**CASA AUTO N° 583 LE 16/3/65**