

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

M23-0023257

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11438 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MOSLIM REDOUANE
Date de naissance : 28-03-1976
Adresse : EL OULFA CASA
Tél : 0698 466258 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 :

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) :

Autorisation CNDP N° : AA-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

[illegible]

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

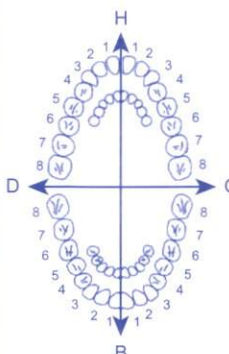
[illegible]

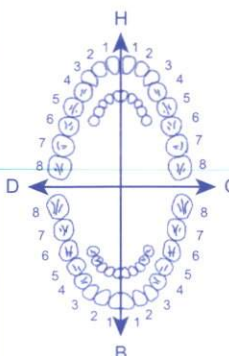
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

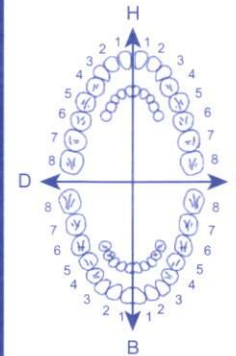
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-------------------	---------------------	-------------



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez 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																	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																
				Montant des soins <input type="text"/>																
				Début d'exécution <input type="text"/>																
				Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins <input type="text"/>
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
	00000000	00000000	00000000	00000000																
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>																	
			Fin d'exécution <input type="text"/>																	
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		

VOLET ADHERENT		NOM : _____	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 050341	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 11438	Signature de l'adhérent <input type="text"/>	
Nom & Prénom		MOSLIH REDOUANE		
Fonction	AGENT ADM	Phones 0698466288		
Mail		mmoslih@royalairmaroc.com		
MEDECIN		Prénom du patient MOSLIH REDOUANE		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	Date 11/10/2023	
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
Simulsi				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
C	1	200 DH		
PHARMACIE		Date 11/10/2023	Signature de la Pharmacie Dr. EL KHADRAJ Widad Medecin Générale El Wiyak J Rue 65 N°59 El Oulfa Casablanca Tel: 05 22 89 19 27 MPE: 09 17 18 13 70	
Montant de la facture		317,50		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	de Radiologie El Oulfa	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	Oum Rabit - Rue 56 N°2 Casablanca - 20220 Tel: 05 22 93 04 93		
11/10/23	800,00	041142357		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM		IV

CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 11/10/2023

FACTURE N°10201/2023

NOM & PRENOM: MOSLIH REDOUANE

EXAMEN	MONTANT
BLONDEAU SCANNER	800 DH
TOTAL	800 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :HUIT ÇENTS DH TTC

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oued Oum Rabii, Rue 50 N°2
Casablanca 20220
Tél: 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99

Docteur LASRI Fatiha
Médecin Radiologue

Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563Capital: 100 000, 00
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057
E-mail: radiologie-oulfa@.com

Docteur Fatiha LASRI
Médecin Radiologue

Dr Bouchaïb EL MDARI
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaire
- Radiologie Numérisée

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

Casablanca , le 11/10/2023

PATIENT : **MOSLIH REDOUANE**
MEDECIN TRAITANT : **DR. EL KHADRAJ Widad**
EXAMEN(S) REALISE(S) : **BLONDEAU SCANNER**

TECHNIQUE :

Examen scanographique réalisé en acquisition volumique de 2.5mm reconstruite en 1.25mm sans injection de produit de contraste avec reconstruction coronale.

Résultat :

- Discret épaississement polypoïde des sinus maxillaires.
- Transparence normale des sinus frontaux et du sinus sphénoïdal
- Comblement de quelques cellules éthmoïdales.
- Epaississement de la muqueuse nasale.
- Déviation de la cloison nasale à gauche
- Absence de concha bullosa.
- Procidence des canaux carotidiens
- Procidence des canaux ophtalmiques.
- Parties molles du cavum d'épaisseur normale.
- Absence de lésion osseuse.

Conclusion :

- Aspect TDM d'une rhino-sinusite ethmoïdale.
- Variantes de la normale voir texte.

**Confraternellement
DR LASRI FATIHA**

I.S**

(Signature)
Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tél: 05 22 93 04 93
Docteur LASRI Fatiha
Médecin Radiologue

Docteur Widad El Khadraj

Médecine Générale
ECHOGRAPHIE

ECG

Surveillance de Grossesse
Nutrition



الدكتورة ویداد الخضرج

الطب العام
الفحص بالصدى

تخطيط القلب

مراقبة الحمل

الحمية الطبية وتخفيف الوزن

Casablanca, le :

El KHADRAJ Widad
Médecine Générale
El Wifak 3 Rue 65 N° 59 El Oulfa
Casablanca - Tél. 05 22 89 19 27

الدار البيضاء في 27/10/2023

MR

nosli

REDAWANG

1) -

Blondeau scerney

Dr. EL KHADRAJ Widad
Médecine Générale
El Wifak 3 Rue 65 N° 59 El Oulfa
Casablanca - Tél. 05 22 89 19 27

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rabi - Rue 50 N° 2
Casablanca - 20230
Tél. 05 22 89 19 27

حي الوفاق 3 زنقة 65 رقم 59 الألفة الدار البيضاء (قرب صيدلية الوفاق)

Hay Wifak 3 Rue 65, N° 59 El Oulfa - Casablanca (Prés de pharmacie Al Wifak)

Tél.: 05 22 891 927

Docteur Widad El Khadraj

Médecine Générale
ECHOGRAPHIE

ECG

Surveillance de Grossesse
Nutrition



الدكتورة ویداد الخضرج

الطب العام
الفحص بالصدى

تخطيط القلب

مراقبة الحمل

الحمية الطبية وتخفيف الوزن

Casablanca, le :

الدار البيضاء في :

11.60 x L
11 - ZANON CIN 400

REPOUANE
S.V.

19.30

1 p x 2 jlt 107ms

21 - sthine sp

HARMACIE NOUR AL HOUDAT
55 LOT YASSINE LISSASSA
CASABLANCA
Tél. 05 22 89 92 56

75,50

31 -

NA ZAR

1 p x 3 jlt 107ms

317,50

حي الوفاق 3 زنقة 65 رقم 59 الألفة الدار البيضاء (قرب صيدلية الوفاق)

Hay Wifak 3 Rue 65, N° 59 El Oulfa - Casablanca (Prés de pharmacie Al Wifak)

Tél.: 05 22 891 927

ZANOCIN® OD 400 mg

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement. Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

1- DENOMINATION

ZANOCIN OD®. Boîtes de 5 à 10 comprimés pelliculés à libération prolongée.

2- COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Par comprimé

Ofloxacine (DCI) 400 mg
Excipients : croscovidone, bicarbonate de sodium, hydroxypropyl méthylcellulose, eau purifiée, alginat de sodium, gomme xanthane, carbolopol 971 P, lactose monohydraté, stéarate de magnésium, silice colloïdale dioxyde, alcool isopropylique, Opadry 31B58910 blanc
Excipients à effets notoire : Lactose, sodium.

3- CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Antibactériens à usage systémique (Code ATC : J01MA01).

4- INDICATIONS THERAPEUTIQUES

ZANOCIN OD® est indiqué chez l'adulte dans le traitement des infections suivantes causées par des germes sensibles :
Infections urinaires hautes et basses, compliquées ou non ;
Urétrite gonococcique et non gonococcique ;
Infections sévères dans les manifestations prostatiques ;
Infections gynécologiques hautes ;
Traitement de relais des infections ostéoarticulaires ;
Suppuration bronchique, en l'absence de toute atteinte parenchymateuse :
- chez le sujet à risque (éthylisme chronique, tabagisme, sujet de plus de 65 ans),
- chez le bronchitique chronique lors de poussées itératives ;
Infections ORL suivantes :
- Sinusites chroniques,
- Poussées de surinfection des otites chroniques (quelle que soit leur nature) et des cavités d'évidement,
- Préparations préopératoires d'otites chroniques ostéitiques ou cholestéatomateuses.

ZANOCIN OD® est réservé au secteur hospitalier et limité chez l'adulte aux infections sévères à bactéries Gram - et à staphylocoques définis comme sensibles dans leurs manifestations :

Septicémiques,
Respiratoires,
ORL chroniques,
Rénales et urinaires, y compris prostatiques,
Gynécologiques,
Osseuses et articulaires,
Cutanées,
Abdominales et hépatobiliaires.

Situations particulières :

Traitement prophylactique post-exposition et traitement curatif de la maladie du charbon.

5- CONTRE-INDICATIONS

CE MEDICAMENT NE DOIT PAS ETRE UTILISE DANS LES CAS SUIVANTS :

Antécédents de tendinopathie avec une fluoroquinolone, y compris la ciprofloxacine ;
Précautions d'emploi, Effets indésirables ;
Hypersensibilité à l'ofloxacine ou à l'un des excipients.

DEMANDER CONSEIL A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN AVANT DE PRENDRE TOUT MEDICAMENT

9- ONDUITE ET UTILISATION DE MACHIN

Comme lors de tout traitement susceptible de provoquer des effets secondaires neurologiques, il convient d'avertir de ce risque les véhicules et les utilisateurs de machines.

10- POSOLOGIE USUELLE ET DUREE DU T

Adulte :

Les posologies usuelles sont regroupées dans :

Type d'infection	Posologie adm
Infections urinaires	
Cystites dues à E. coli ou K pneumoniae	400 mg/jour
Cystites dues aux autres germes	400 mg/jour
Infections urinaires compliquées	400 mg/jour

Infections de la peau et des tissus mous	800 mg/jour	10 jours
Infections respiratoires basses		
Pneumonies ou exacerbation des bronchites chroniques	800 mg/jour	10 jours
Maladies sexuellement transmissibles		
Gonorrhées non compliquées	400 mg/jour	Dose unique
Urétrites et cervicites non gonococciques	400 mg/jour	7 jours
Infections mixtes de l'urètre et du col de l'utérus dues à C. trachomatis et à N. gonorrhoeae	400 mg/jour	7 jours
Prostatites	400 mg/jour	6 semaines
Maladies pelviennes inflammatoires aiguës	800 mg/jour	10-14 jours
Maladie du charbon	800 mg/jour	8 semaines

Pour les autres infections, une dose quotidienne de 400 à 800 mg/jour pourra être administrée, dépendant de la sévérité de l'infection et du germe.

- Insuffisance rénale :

Clairance à la créatinine entre 20 à 50 ml/min :
La posologie recommandée est de 200 mg/jour.

Clairance à la créatinine 20 ml/min :

La posologie recommandée est de 200 mg toutes les 48h.

- Insuffisance hépatique :

Chez les patients souffrant notamment d'une cirrhose du foie ou d'une ascite, la dose journalière à ne pas dépasser est de 400 mg.

- Enfant :

Dans les cas exceptionnels du traitement des infections sévères, le schéma posologique est le suivant : 10 à 15 mg/kg/jour en deux prises quotidiennes, sans dépasser 400 mg/jour en deux prises.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DU MEDECIN.

VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION

A avaler avec de l'eau ou une autre boisson, sans mâcher ni croquer, de préférence le matin.

SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DU MEDECIN.

11- CONDUITE À TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

Prévenir le médecin.

ZANOCIN® OD 400 mg

Boîte de 10 comprimés pelliculés à libération prolongée



6 118001 300167

PPV : 111DH60

ZANOCIN® OD 400 mg

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement. Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

1- DENOMINATION

ZANOCIN OD®. Boîtes de 5 à 10 comprimés pelliculés à libération prolongée.

2- COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Par comprimé

Ofloxacine (DCI) 400 mg
Excipients : croscovidone, bicarbonate de sodium, hydroxypropyl méthylcellulose, eau purifiée, alginat de sodium, gomme xanthane, carbolopol 971 P, lactose monohydraté, stéarate de magnésium, silice colloïdale dioxyde, alcool isopropylique, Opadry 31B58910 blanc
Excipients à effets notoire : Lactose, sodium.

3- CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Antibactériens à usage systémique (Code ATC : J01MA01).

4- INDICATIONS THERAPEUTIQUES

ZANOCIN OD® est indiqué chez l'adulte dans le traitement des infections suivantes causées par des germes sensibles :
Infections urinaires hautes et basses, compliquées ou non ;
Urétrite gonococcique et non gonococcique ;
Infections sévères dans les manifestations prostatiques ;
Infections gynécologiques hautes ;
Traitement de relais des infections ostéoarticulaires ;
Suppuration bronchique, en l'absence de toute atteinte parenchymateuse :
- chez le sujet à risque (éthylisme chronique, tabagisme, sujet de plus de 65 ans),
- chez le bronchitique chronique lors de poussées itératives ;
Infections ORL suivantes :
- Sinusites chroniques,
- Poussées de surinfection des otites chroniques (quelle que soit leur nature) et des cavités d'évidement,
- Préparations préopératoires d'otites chroniques ostéitiques ou cholestéatomateuses.

ZANOCIN OD® est réservé au secteur hospitalier et limité chez l'adulte aux infections sévères à bactéries Gram - et à staphylocoques définis comme sensibles dans leurs manifestations :

Septicémiques,
Respiratoires,
ORL chroniques,
Rénales et urinaires, y compris prostatiques,
Gynécologiques,
Osseuses et articulaires,
Cutanées,
Abdominales et hépatobiliaires.

Situations particulières :

Traitement prophylactique post-exposition et traitement curatif de la maladie du charbon.

5- CONTRE-INDICATIONS

CE MEDICAMENT NE DOIT PAS ETRE UTILISE DANS LES CAS SUIVANTS :

Antécédents de tendinopathie avec une fluoroquinolone, y compris la ciprofloxacine ;
Garde/Précautions d'emploi, Effets indésirables ;
Hypersensibilité à l'oflaxacine ou à l'un des excipients.

DEMANDER CONSEIL A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN
AVANT DE PRENDRE TOUT MEDICAMENT

9- ONDUITE ET UTILISATION DE MACHIN

Comme lors de tout traitement susceptible de provoquer des effets indésirables neurologiques, il convient d'avertir de ce risque les véhicules et les utilisateurs de machines.

10- POSOLOGIE USUELLE ET DUREE DU T

Adulte :

Les posologies usuelles sont regroupées dans :

Type d'infection	Posologie adm
Infections urinaires	
Cystites dues à E. coli ou K pneumoniae	400 mg/jour
Cystites dues aux autres germes	400 mg/jour
Infections urinaires compliquées	400 mg/jour

Infections de la peau et des tissus mous	800 mg/jour	10 jours
Infections respiratoires basses		
Pneumonies ou exacerbation des bronchites chroniques	800 mg/jour	10 jours
Maladies sexuellement transmissibles		
Gonorrhées non compliquées	400 mg/jour	Dose unique
Urétrites et cervicites non gonococciques	400 mg/jour	7 jours
Infections mixtes de l'urètre et du col de l'utérus dues à C. trachomatis et à N. gonorrhoeae	400 mg/jour	7 jours
Prostatites	400 mg/jour	6 semaines
Maladies pelviennes inflammatoires aiguës	800 mg/jour	10-14 jours
Maladie du charbon	800 mg/jour	8 semaines

Pour les autres infections, une dose quotidienne de 400 à 800 mg/jour pourra être administrée, dépendant de la sévérité de l'infection et du germe.

- Insuffisance rénale :

Clairance à la créatinine entre 20 à 50 ml/min :
La posologie recommandée est de 200 mg/jour.

Clairance à la créatinine 20 ml/min :

La posologie recommandée est de 200 mg toutes les 48h.

- Insuffisance hépatique :

Chez les patients souffrant notamment d'une cirrhose du foie ou d'une ascite, la dose journalière à ne pas dépasser est de 400 mg.

- Enfant :

Dans les cas exceptionnels du traitement des infections sévères, le schéma posologique est le suivant : 10 à 15 mg/kg/jour en deux prises quotidiennes, sans dépasser 400 mg/jour en deux prises.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DU MEDECIN.

VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION

A avaler avec de l'eau ou une autre boisson, sans mâcher ni croquer, de préférence le matin.

SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DU MEDECIN.

11- CONDUITE À TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

Prévenez immédiatement :

ZANOCIN® OD 400 mg

Boîte de 10 comprimés pelliculés à libération prolongée



6 118001 300167

PPV : 111DH60

Otrivine

0.1% Nébuliseur Adulte
Xylométazoline chlorhydrate

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

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

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

Si les symptômes persistent, plus de 7 jours, demandez l'avis de votre médecin.

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

1-Qu'est-ce que Otrivine et quand est-il utilisé ?

Otrivine 0.1% Nébuliseur est indiqué dans le traitement de la congestion nasale, de la rhinite périmale et allergique (y compris rhume des foins) et de la sinusite.

Otrivine Adulte contient du chlorhydrate de xylométazoline qui aide à décongestionner et à nettoyer les conduits nasaux en réduisant les sécrétions nasales excessives ainsi les vaisseaux sanguins gonflés reviennent à leur taille normale.

2- Quand Otrivine ne doit-il pas être utilisé ?

Ce médicament est contre-indiqué chez l'enfant de moins de 15 ans et en cas notamment :

- D'allergie à la xylométazoline ou aux autres composants du produit.
- D'allergie à un autre décongestionnant
- D'hypertension artérielle sévère ou mal équilibrée,
- D'antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de facteurs de risque susceptibles de favoriser la survenue d'AVC, en raison de l'activité sympathomimétique alpha du vasoconstricteur,
- D'insuffisance coronarienne sévère,
- D'antécédents de convulsions,
- D'intervention chirurgicale récente au niveau de la tête.

3-Quelles sont les précautions à observer lors de l'utilisation d'Otrivine ?

Veuillez consulter votre médecin en cas :

D'hyperactivité de la thyroïde ou de diabète (Diabète mellitus), de glaucome à angle étroit, hypertension, maladies cardiovasculaires, grossesse ou allaitement.

Sans avis médical, Otrivine ne doit pas être utilisé plus de 5 jours.

Ne pas utiliser chez les enfants de moins de 15 ans. Ce médicament ne doit pas être utilisé sans ordonnance médicale.

4- Interactions avec d'autres médicaments

Veuillez informer votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez ou utilisez déjà d'autres médicaments (spécialement : les IMAO ou d'autres antidépresseurs), incluant ceux utilisés sans prescription.

Il est inutile et potentiellement dangereux d'associer entre deux médicaments contenant un vasoconstricteur seul ou associé à une ou plusieurs substances actives (même administrés par des voies différentes).

5-Otrivine peut-il être utilisé pendant la grossesse ou l'allaitement ?

Avant d'utiliser Otrivine pendant la grossesse ou l'allaitement, veuillez consulter votre médecin.

6-Comment utiliser Otrivine ?

Sauf prescription contraire du médecin, vous devez vous tenir aux recommandations posologiques suivantes **pour Adultes et enfants plus de 15 ans** :

Une nébulisation dans chaque narine, 2 à 3 applications par jour.

La posologie maximale journalière ne doit pas être dépassée.

La durée maximale de traitement ne doit pas excéder 5 jours.

Mode d'emploi du nébuliseur :

1. Nettoyez

2. Inclinez

insérez l'

3. Exercez

inspirez

4. Retirez

nébuliseur

5. Répétez

Veuillez

notice

vous

es

faible

adresse

Chaque

personn

Ne pas

ouvertu

Ne pas

En cas

médicin

7-Quels

provoque

Comme tou

nébuliseur

peut causer

des effets

secondaires,

bien

que tout le

monde n'y

soit pas

sujet.

Une gêne

locale peut

être ressentie

après

l'application

d'Otrivine

si vous

avez des

conduits

nasaux

sensibles.

L'utilisation

d'Otrivine

peut

provoquer

les effets

secondaires

suivants :

occasionnellement

sensation

de brûlure

dans le nez

et la gorge,

irritation

locale,

nausées,

maux de

tête et

sécheresse

de la

muqueuse

nasale,

des troubles

visuels

transitoires

et

des

réactions.

Certains

effets

cardiovasculaires

comme

des

palpitations

peuvent

apparaître

spécialement

en cas

de

problèmes

cardiaques.

Si vous

remarquez

des effets

secondaires

qui ne

sont pas

mentionnés

dans cette

notice, veuillez

en informer

votre médecin

ou votre

pharmacien.

8-A quoi

faut-il

encore

faire

attention ?

Le

médicament

ne doit pas

être

utilisé

au-delà

de la

date

figurant

après la

mention

« EXP »

sur le

réceptif.

Conserver

à 30 °C.

Les

médicaments

doivent

être

tenus

hors de

la

portée

des

enfants.

Pour

de plus

amples

renseignements,

consultez

votre

médecin

ou votre

pharmacien,

qui

disposent

d'une

information

détaillée

destinée

aux

profession-

nels.

Que

contient

Otrivine ?

Otrivine

0.1%

nébuliseur

est

une

solution

nasale

dans

un

flacon

de

10ml.

Le

nébuliseur

contient

0,1% de

chlorhydrate

de

xylométazoline,

chlorure

de sodium,

phosphate

sodique,

édétate

disodique,

eau

purifiée

et du

chlorure

de benzalkonium

comme

agent

conserva-

La

dernière

date à

laquelle

cette

notice

a été

révisée

est

juin

2017.

Titulaire

d'AMM au

Maroc :

GlaxoSmithKline

Maroc

Ain Aouda- Région

de

Rabat

Informations

médicales :

GlaxoSmithKline

Maroc

42-44 Angle

Bd. Rachidi

et Rue

Abou Hamed

Al

Ghazali,

Casablanca -

Maroc

Tel : 212 (0) 5 22 48 00 02,

Fax: 212 (0) 5 22 48 00 41

Fabrique

par :

Laboratoires

Sothema

82, Boulevard

Chefchaoui

ZI Sidi

Bermoussi,

20 590

Casablanca

LOT: M0818
EXP: AVR 2026
PPV: 19.30 DH



6 118000 220138



Suspension pour pulvérisation nasale
Propionate de fluticasone

6 118001 101269

... l'indicateur est bonne, le retour e