

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

### ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

#### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

#### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

#### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

#### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

#### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

#### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

#### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

#### Adresses Mails utiles

- 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'Honneur



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

N° W19-551245  
NO: 33298  
Complément

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9728 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DOUMAL NABIHA

Date de naissance : 21-04-68

Adresse : Habituée

Tél. : 0634 604717 Total des frais engagés : 1376,30

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : ACCUEIL Age :

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

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

Fait à : Le : 13/07/20

Signature de l'adhérent(e) :

## Informations importantes

### Information par personne et par maladie

Chaque maladie doit comporter les cachets du médecin traitant, les noms et les coordonnées de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de manière lisible.

Chaque maladie doit être accompagnée de la prescription médicale prescrivait les médicaments, les analyses de biologie et de laboratoire, ainsi que toutes les autres données médicales.

Les noms de la personne malade doivent être portés par les praticiens eux-mêmes, et non par le patient ou sa famille.

Les données concernant une maladie doivent être envoyées à la Compagnie dans les trois mois au plus tard de la délivrance de l'ordonnance médicale.

Il faut préciser les causes, circonstances,

les symptômes, les vagues et PPM concernant les maladies doivent être joints aux ordonnances.

La réalisation médicale ou chirurgicale, la maladie doit être accompagnée d'une feuille d'analyse et acquittée sur laquelle devront être mentionnés les actes, la ventilation des frais de séjour, de jours d'hospitalisation et le détail des médicaments.

Les reçus, notes d'honoraires et ordonnances remis pour la maladie sont conservés par la Compagnie.

● Tout dossier retourné pour complément d'informations doit être retransmis à la Compagnie dans un délai d'un mois.

● Pli confidentiel : dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, en préciser la nature sous pli cacheté à l'attention du médecin-conseil de la Compagnie.

● L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance du nouveau né.

● Lorsque la personne bénéficie d'un premier remboursement auprès d'un régime de prévoyance, l'assuré(e) doit remettre à la Compagnie les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.

● Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'assuré doit produire annuellement un certificat de scolarité correspondant à l'année d'assurance considérée.

● Dans le cas où le conjoint de l'assuré ne bénéficierait d'aucun régime de prévoyance, demander le questionnaire relatif à la prise en charge du conjoint et/ou des enfants. Ce document doit nous être retourné dûment rempli et accompagné des pièces justificatives nécessaires.

● Réclamations : toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la date de dépôt du dossier maladie.

● Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la Loi.

Déclaration de maladie N°14859796

Maladie ☐

Maternité ☐

Optique ☐

Traitements spéciaux ☐

### Société contractante

Société contractante : \_\_\_\_\_  
N° de police : \_\_\_\_\_  
N° d'adhésion : \_\_\_\_\_  
N° d'adhésion du conjoint : \_\_\_\_\_

Cachet de la société contractante

### Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
N° de C.I.N : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Montant des frais engagés : \_\_\_\_\_ DH N° GSM : \_\_\_\_\_

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'assuré(e)

### Clause « Protection des données personnelles »

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.  
La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales.  
Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.  
L'assureur garantit notamment 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. Les données sont protégées bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.  
L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.  
Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du siège social de SAHAM Assurances, sis au Boulevard Zerktouni - 20000 CASABLANCA - Tél : 0522 43 56 00 - MAROC.  
De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.



r le Médecin

eignements concernant le patient

Prénom(s) du patient : Uhalid  
Lien de parenté avec l'assuré(e) :  
L'acte a été réalisé le : 14/05/20  
à l'adresse : Quartier El Oulfa - Casablanca  
Le patient, en indiquant la cause : 093002301  
le : 14 MAY 2020

ins (à remplir par le Médecin)

Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
1		200 DH	<u>[Signature]</u>
N° ICE		N° INP	

s ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
120	286,30	<u>[Signature]</u>
N° ICE		N° INP

Analyses - Radiographies

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
Signature et cachet du laboratoire  
432, Avenue Oum Rabi et Oued Daraa  
Quartier El Oulfa - Casablanca  
Tel : 0522 932 120 / 0522 89 43 244 / 0522 89 23 75  
N° ICE : 14105/20 N° INP : 093002301

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis ☐ Nombre de séances : \_\_\_\_\_ Établi le : \_\_\_\_\_  
Facture ☐ Nombre de séances : \_\_\_\_\_ Établi le : \_\_\_\_\_

Date des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM	PC	IM	IV		
N° ICE						

Cadre réservé à SAHAM Assurance

Médecin conseil	Fiche dossier
-----------------	---------------


**SAHAM**  
Assurance

member of Sanlam group

**DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE**

Police N°	: 0600999497	Contractante	: Le Cenacle Club
Assuré	: Khalid Lamhaya	Date de réception de la déclaration	: 22/05/2020
N° Adhésion	: 211	Date de validation	: 01/06/2020
Personne soignée	: Khalid Lamhaya	Date de survenance	: 14/05/2020
Sinistre N°	: 4816333	Déclaration N°	: 14859796A
Bordereau N°	: 746638	Médecin Traitant	: GZOULI SAID

Nature de soins	Frais engagés	Coefficient	Valeur	Base de remboursement (a)	Frais remboursés par le premier assureur	Taux de remboursement (b)	Frais remboursés (c)= (a)*(b)
CONSULTATION / SPECIALISTE	200.00	NA	NA	150.00	NA	80.00 %	120.00
MEDICAMENTS	286.30	NA	NA	206.50	NA	80.00 %	165.20
ANALYSE	890.00	NA	NA	890.00	NA	80.00 %	712.00
<b>Totaux</b>	<b>1 376.30</b>			<b>1 246.50</b>			<b>997.20</b>

**Détail explicatif des soins non remboursés**

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
CONS	50.00	Application de la nomenclature générale des actes
NURAX	79.80	Produits non remboursables
<b>Totaux</b>	<b>129.80</b>	

Nom du gestionnaire : MOUSSAOUI SOFIA

Date de l'édition : 01/06/2020

a) Si la nature du soin correspond à une prestation avec une valeur clé (dentaire, analyses, etc.), la base de remboursement est le produit du coefficient de remboursement par la valeur clé.

Si la nature du soin ne correspond pas à une prestation avec valeur clé, la base de remboursement est issue de la Nomenclature générale des actes professionnels marocaine.

b) Le taux de remboursement est le taux de couverture garanti défini pour chaque prestation dans le contrat.

c) Les frais remboursés ne peuvent pas dépasser le solde restant du plafond général ou le solde restant du plafond de la prestation.



مختبر التحليلات الطبية كريم لاب

**KARIMLAB**

LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE KARIMLAB

Dr. Amal KARIM

Pharmacienne Biologiste Diplômée de la faculté de Paris V

Ex. Attachée des Hôpitaux de Paris

DU Assurance Qualité Paris V

**FACTURE N° : 200500183**

ICE : 001602781000008

Casablanca le 14-05-2020

**Mr LAMHAYA Khalid**

Demande N° 2005140011

Date de l'examen : 14-05-2020

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait prélèvement	E10	E
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0154	Ferritine	B250	B
0216	Numération formule	B80	B
0370	CRP	B100	B

Total des B : 660

TOTAL DOSSIER : 890.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : huit cent quatre-vingt-dix dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
**KARIMLAB**  
432, Angle Bd. Oum Rabii et Oued Darâa  
Quartier El Oulfa - Casablanca  
Tél : 0522 93 21 20 / 0522 89 43 24 / 0522 89 23 75  
Fax : 0522 93 21 31

\* Ouvert de 7h30 à 18h30 - Samedi de 7h30 à 13h00 \* Prélèvement à domicile sur rendez-vous

432, Angle Boulevard Oum Rabii et Oued Darâa, Quartier El Oulfa - Casablanca

05 22 93 21 20 / 05 22 89 43 24 / 05 22 89 23 75 06 61 61 46 29 05 22 93 21 31 @karimlab2005@yahoo.fr

Autorisation : 4928 • CNSS : 6974332 • IF : 51505825 • Patente : 36000461 • ICE : 001602781000008 • INPE : 093002301





Dossier ouvert le : 14-05-2020  
Edité le : 15-05-2020  
Prélèvement effectué le : 14-05-2020 à 11:00  
Code patient



Mr LAMHAYA Khalid  
D.D.N. : 13-08-1966  
N° dossier : 2005140011  
SAHAM ASSURANCE

Dr GZOULI Said

Page 1 sur 3

## HEMATOCYTOLOGIE

### NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Automates: XS-1000i SYSMEX + KX-21 N SYSMEX)

### NUMERATION GLOBULAIRE

21-01-2020

GLOBULES ROUGES :

5.19 M/mm<sup>3</sup> (4.50-5.50) 5.14

HEMOGLOBINE :

14.1 g/100ml (14.0-17.0) 14.0

HEMATOCRITE :

41.3 % (40.0-50.0) 41.3

VGM :

79.6 fL (80.0-95.0) 80.4

TCMH :

27.2 pg (28.0-32.0) 27.2

CCMH :

34.1 g/100ml (30.0-35.0) 33.9

LEUCOCYTES :

6 580 /mm<sup>3</sup> (4 000-12 000) 7 270

### FORMULE LEUCOCYTAIRE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES:

56 % (40-75) 56

SOIT:

3 685 /mm<sup>3</sup> (2 000-7 500) 4 071

POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES :

3 % (1-4) 2

SOIT:

197 /mm<sup>3</sup> (100-600) 145

POLYNUCLEAIRES BASOPHILES :

0 % (<1) 0

SOIT:

0 /mm<sup>3</sup> (<100) 0

LYMPHOCYTES :

34 % (20-45) 34

SOIT:

2 237 /mm<sup>3</sup> (1 500-4 000) 2 472

MONOCYTES :

7 % (2-8) 8

SOIT:

461 /mm<sup>3</sup> (200-1 000) 582

PLAQUETTES :

194 000 /mm<sup>3</sup> (150 000-400 000) 277 000

Dr. Amal KARIM  
Pharmacienne Biologiste

مختبر التحليلات الطبية كريم لاب

**KARIMLAB**

LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE KARIMLAB

Dr. Amal KARIM

Pharmacienne Biologiste Diplômée de la faculté de Paris V

Ex. Attachée des Hôpitaux de Paris

DU Assurance Qualité Paris V

Dossier ouvert le : 14-05-2020  
Edité le : 15-05-2020  
Prélèvement effectué le : 14-05-2020 à 11:00  
Code patient



Mr LAMHAYA Khalid  
D.D.N. : 13-08-1966  
N° dossier : 2005140011  
SAHAM ASSURANCE

Dr GZOULI Said

Page 3 sur 3

ASAT (GOT) 15 UI/l (<46)  
( Méthode Enzymatique – Cinétique )

ALAT (GPT) 19 UI/l (<49)  
( Méthode Enzymatique – Cinétique )

RAPPORT SGOT/SGPT 0.79

ASPECT DU SERUM: Limpide

PROTEINE C REACTIVE 2 mg/L (0-10)  
( Test Immunoturbidimétrique )

24-01-2019

18

## BILAN MARTIAL

FERRITINE: 248.60 ng/mL  
( Technique ElectroChimiluminescence – Cobas Roche )

### Valeurs usuelles en fonction de l'âge:

Nouveau-né	: 50 – 400
1 <sup>er</sup> mois	: 90 -600
3 <sup>ème</sup> mois	: 40 -250
6 <sup>ème</sup> mois	: 15 – 100
Femme	: 20-200
Femme > 50 ans	: 30– 300
Homme	: 30 – 300

Changement de norme depuis le 24/01/2019.

Dr. Amal KARIM  
Pharmacienne Biologiste

Résultats validés biologiquement par : Dr KARIM Amal

\* Ouvert de 7h30 à 18h30 - Samedi de 7h30 à 13h00 \* Prélèvement à domicile sur rendez-vous

432, Angle Boulevard Oum Rabii et Oued Darâa, Quartier El Oulfa - Casablanca

05 22 93 21 20 / 05 22 89 43 24 / 05 22 89 23 75 ☎ 06 61 61 46 29 📠 05 22 93 21 31 @karimlab2005@yahoo.fr

Autorisation : 4928 • CNSS : 6974332 • IF : 51505825 • Patente : 36000461 • ICE : 001602781000008 • INPE : 093002301

مختبر التحليلات الطبية كريم لاب

**KARIMLAB**

LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE KARIMLAB

Dr. Amal KARIM

Pharmacienne Biologiste Diplômée de la faculté de Paris V  
Ex. Attachée des Hôpitaux de Paris  
DU Assurance Qualité Paris V

Dossier ouvert le : 14-05-2020  
Edité le : 15-05-2020  
Prélèvement effectué le : 14-05-2020 à 11:00  
Code patient



Mr LAMHAYA Khalid  
D.D.N. : 13-08-1966  
N° dossier : 2005140011  
SAHAM ASSURANCE

Dr GZOULI Said

Page 2 sur 3

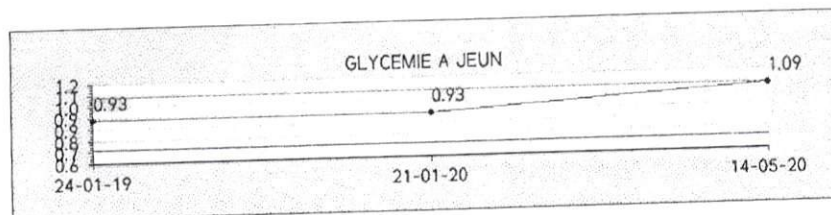
## BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

### GLYCEMIE A JEUN

(Méthode Enzymatique - Colorimétrique)

1.09 g/L (0.70-1.10)  
6.05 mmol/L (3.89-6.11)

21-01-2020  
0.93



### HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE (HBA1c)

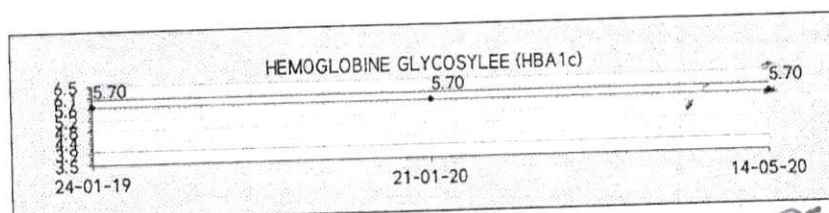
Automates: Technique de référence : H.P.L.C. - D10/ BIORAD + HLC-723 GX)

5.7 % (4.0-6.0)

21-01-2020  
5.7

#### Interprétation:

Sujet normal : 4-6 %  
Diabétique équilibré : 6-7 %  
Diabétique mal équilibré : 7-8 %  
Diabétique très mal équilibré : > 8%



Dr. Amal KARIM  
Pharmacienne Biologiste

\* Ouvert de 7h30 à 18h30 - Samedi de 7h30 à 13h00 \* Prélèvement à domicile sur rendez-vous

432, Angle Boulevard Oum Rabii et Oued Darâa, Quartier El Oulfa - Casablanca  
05 22 89 43 24 / 05 22 89 23 75 06 61 61 46 29 05 22 93 21 31 @karimlab2005@yahoo.fr  
INPE : 093002301



# Prazol® 20

oméprazole

PPV: 96DH00  
PER: 08/22  
LOT: J494-1

• Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.  
• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.  
• Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez conseil à votre pharmacien.  
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.  
Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Prazol® 20 mg : 20 mg  
oméprazole (DCI) : 20 mg  
Excipients qsp : 1 gélule

## FORME PHARMACEUTIQUE

Gélule contenant des microgranules gastro-résistants.  
Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

## SSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Prazol® 20 mg, gélule gastro-résistante contient la substance active oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelés inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

## À QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Prazol® 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :

- Les adultes :  
reflux gastro-œsophagien (RGO),  
ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique),  
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.  
ulcères de l'estomac, associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Prazol® 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.  
excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

## Les enfants :

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

reflux gastro-œsophagien (RGO),

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.

## Les enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents :

ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

## COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

Mode d'administration : par voie orale.

En cas :

• de Prazol® 20 mg matin et soir, associée à deux antibiotiques pendant 7 jours.

l'efficacité sera suivie par 1 gélule de Prazol® 20 mg par jour pendant 3 à 5 semaines supplémentaires.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

• de Prazol® 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

190773

Consommer  
à le : 12/2022

79,80 DH

A base de Fenugrec  
**Nurax®**

Solution buvable  
Voie orale

**FORME ET PRESENTATION :** Comprimé, Boîte de 30. - Solution buvable, flacon 200ml

## COMPOSITION :

• **SOLUTION BUVABLE :** Extrait hydroglycérique de Fenugrec, calcium, acide ascorbique, tocophérol, nicotinamide, acide panthothénique, pyridoxine, calciférol, riboflavine, thiamine, vitamine A, acide cobalamine, biotine, sirop de fructose, eau déminéralisée, miel de mille fleurs, conservateur : sorbitol, potassium, arôme myrtille, émulsionnant : polysorbate.

• **COMPRIMÉ :** Fenugrec (*Trigonella foenum-graecum*) extrait sec, germe de blé (*Triticum aestivum*) extrait sec, Gentiane (*Gentiana lutea*) extrait sec, bêta-carotène, vitamine B12, vitamine D3, vitamine E, calcium-D-panthoténate, Fer gluconate, vitamine B6, phosphate de calcium, stéarate de magnésium, bioxyde de silicium, cellulose.

**PROPRIETES :** Nurax® associe des extraits de plantes (aux propriétés stimulantes de l'appétit) et des vitamines essentielles.

## UTILISATION :

**Adultes et enfants :** Stimuler l'appétit et Favoriser la prise de poids

**Femme allaitante :** Favoriser la montée de lait

## CONSEILS D'UTILISATION :

**Forme comprimé :** Adulte : 1 à 2 cprs/jour de préférence avant les repas principaux.

**Forme solution buvable :** Enfants moins de 5 ans : 1/2 cuillère à café par jour - Enfants 5 à 12 ans : 1 cuillère à café par jour - Adultes : 2 cuillères à café par jour

La posologie peut être augmentée selon les besoins

Bien agiter avant l'utilisation

- À utiliser en complément d'une alimentation variée.
- Respecter la dose recommandée.
- Tenir hors de portée des enfants.

ES.S.230.16 : 91.0E2'S'S3

des tels qu'une baisse de la pression  
que 2 : « Ne prenez jamais **SEPCEN** »)  
pour intégrer avec **SEPCEN** dans votre  
temps que ces médicaments pourraient  
irables. Prévenez votre médecin si vous  
ine) ou d'autres anticoagulants oraux  
goutte).  
certains types de cancer, le psoriasis, la  
les problèmes respiratoires).  
problèmes de spasticité musculaire liés

diadée de Parkinson).  
l'épilepsie).  
ausées et les vomissements).  
es peptiques ou les indigestions).  
s de peau, la polyarthrite rhumatoïde, et  
diffier votre rythme cardiaque : les  
les antiarythmiques (par exemple, la  
ramidine, l'amiodarone, le sotalol, le  
tricycliques, certains antibiotiques (qui  
), certains antipsychotiques.  
on des médicaments suivants dans votre  
les troubles circulatoires).

les atteintes nerveuses liées au diabète  
ardiques ou à usage anesthésique).  
les de l'érection).  
de **SEPCEN**. Prévenez votre médecin  
te (par ex., le sévélamer).  
s contenant du calcium, du magnésium,  
es médicaments, prenez **SEPCEN** au  
s après ces médicaments.

is  
s repas, ne consommez pas de produits  
ou des boissons enrichies en calcium  
ces produits peuvent altérer l'absorption  
**CEN** pendant la grossesse. Prévenez  
ssexse.  
temement parce que la ciprofloxacine passe  
santé de votre enfant.  
l'utilisation des machines :  
de vigilance. Des effets indésirables  
rez-vous donc de savoir comment vous  
un véhicule ou d'utiliser des machines,  
decin.

at certains composants de **SEPCEN** :  
?  
ient quelle quantité de **SEPCEN** vous  
idant combien de temps. Cela dépendra  
des problèmes rénaux car la dose de  
ient être adaptée.  
21 jours mais peut être plus long en cas  
posologie indiquée par votre médecin.  
pharmacien si vous avez des doutes sur  
à prendre ou la façon de les prendre.  
quantité de boisson. Ne croquez pas les  
eu près à la même heure chaque jour.  
au cours ou en dehors des repas. Le  
pas d'incidence grave sur l'effet du  
les comprimés de **SEPCEN** avec des

lait ou yaourt ou des jus de fruit enrichis (par ex. jus  
m). Pensez à boire abondamment pendant le traitement

de **SEPCEN** que vous n'auriez dû :  
que la dose prescrite, consultez immédiatement un  
tnez vos comprimés ou la boîte avec vous pour les

• **Si vous oubliez de prendre **SEPCEN** :**  
Prenez la dose oubliée dès que possible, puis continuez le traitement  
normalement. Toutefois, s'il est presque l'heure de prendre la dose suivante, ne  
prenez pas la dose oubliée et continuez le traitement normalement. Ne prenez pas  
de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre. Veillez  
à suivre votre traitement jusqu'à la fin.  
• **Si vous arrêtez de prendre **SEPCEN** :**  
Il est important que vous suiviez le traitement jusqu'à la fin même si vous  
commencez à vous sentir mieux après quelques jours. Si vous arrêtez de prendre  
ce médicament trop tôt, votre infection pourrait ne pas être complètement guérie  
pourriez développer une résistance bactérienne à cet antibiotique. Vous  
Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus  
d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. **QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?**  
Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets  
indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.  
Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si  
certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin  
ou votre pharmacien.

**Contacter votre médecin immédiatement si vous ressentez l'un des effets  
indésirables graves suivants :**

• Réaction allergique grave (peuvent affecter jusqu'à 1 personne sur 1000) :  
douleurs articulaires, augmentation du tonus musculaire et crampes,  
inflammation des tendons, rupture des tendons, en particulier au niveau du gros  
tendon à l'arrière de la cheville (tendon d'Achille) (voir rubrique 2).  
• Infection avec des symptômes tels qu'une fièvre et une grave détérioration de  
votre état général, ou une fièvre avec des symptômes d'infection locale tels que  
des maux de gorge / pharynx / bouche ou problèmes urinaires (agranulocytose,  
voir la section 2).  
• Graves lésions de la peau (séparation de l'épiderme et des muqueuses  
superficielles) (nécrolyse épidermique toxique).  
• Grave réaction allergique avec des éruptions cutanées, généralement sous la  
forme de cloques ou d'ulcérations au niveau de la bouche, des yeux et d'autres  
muqueuses telles que les organes génitaux (syndrome de Stevens-Johnson).  
**Fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données  
disponibles) :**

• Sentiments inhabituels de douleur, brûlure, fourmillements, un engourdisse-  
ment ou une faiblesse musculaire dans les extrémités (neuropathie, voir la section  
2).  
• Réaction au médicament provoquant des éruptions cutanées, de la fièvre, une  
inflammation des organes internes, des anomalies hématologiques et une maladie  
systémique (syndrome DRESS, Pustulose Exanthématique Aigüe Généralisée  
PEAG).

**Autres effets indésirables**

**Effets indésirables fréquents (peuvent affecter jusqu'à 1 personne sur 10) :**  
• Nausées, diarrhées.  
• Douleurs articulaires chez les enfants.  
Effets indésirables peu fréquents (peuvent affecter jusqu'à 1 personne sur 100) :  
• Surinfection fongiques (dûes à des champignons).  
• Concentration élevée des éosinophiles (une sorte de globules blancs).  
• Perte d'appétit (anorexie).  
• Hyperactivité, agitation.  
• Maux de tête, étourdissements, troubles du sommeil, troubles du goût.  
• Problèmes d'estomac (indigestion/brûlures d'estomac) ou flatulences.  
• Augmentation de la quantité de certaines substances dans le sang  
(transaminases et/ou bilirubine).  
• Éruption cutanée, démangeaisons, urticaire.  
• Altération de la fonction rénale.  
• Douleurs articulaires chez l'adulte.  
• Douleurs dans les muscles et les os, sensation de fatigue générale (asthénie),  
fièvre.  
• Élévation du taux de phosphatases alcalines sanguines (une substance présente  
dans le sang).

**Effets indésirables rares (peuvent affecter jusqu'à 1 personne sur 1 000) :**  
• Inflammation des intestins (colite) liée à l'utilisation des antibiotiques (pouvant  
être fatale dans de très rares cas) (voir rubrique 2 : « Faites attention avec  
**SEPCEN** »).

• Modifications du nombre de globules rouges ou de certains globules blancs  
(leucopénie, neutropénie, anémie, augmentation ou diminution du nombre des  
cellules sanguines participant à la coagulation sanguine (thrombocytes).  
• Augmentation du taux de sucre dans le sang (hyperglycémie).  
• Diminution du taux de sucre dans le sang (hypoglycémie) (voir rubrique 2 :  
Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales)

• Confusion, d  
hallucinations.  
• Fourmillem  
la sensibilité d  
Faites attentio  
• Troubles de l  
• Bourdonnem  
• Accélération  
• Dilatation c  
artérielle (hypo  
• Essoufflemen  
• Troubles hép  
• Sensibilité à l  
• Douleurs mu  
musculaire ou  
• Insuffisance  
2 : « Faites atte  
• Rétention d'e  
• Concentra  
(prothrombine)  
amylase (une e  
**Effets indésir  
000) :**

• Diminution  
(anémie hémol  
des globules bl  
médullaire (ap  
également être  
• Troubles ps  
attention avec  
• Migraine, t  
marche), altéra  
• Troubles de l  
• Inflammatio  
• Pancréatite.  
• Destruction  
rare à une insul  
• Petits saign  
éruptions cutan  
**Fréquence in  
disponibles) :**

• Accélération  
pouvant mettre  
pour nom « pr  
de l'activité éle  
• Sensation d'i  
• Éruption pus  
• Modification  
antivitaminas  
**Déclarations :**  
Si vous ressen  
votre pharmaci  
pas mentionné  
indésirables d  
Antipoison et  
En signalant d  
d'informations

5. **COMMENTEN**  
• Tenir hors de  
• Ce médicament  
• Ne pas utilis  
sur les blisters.  
• Ne jetez auc  
Demandez à vi  
plus. Ces mesu

6. **INFORMA**  
• **Que contient**  
• **La substance**  
ciprofloxacine  
monohydraté).  
• **Les autres co**  
Amidon de  
microcristallins  
• **Forme phar**  
Forme pharm  
Présentation : l  
• **Nom et adr**

**Maroc :**  
**LABORATOI**  
ZI - Lot 149 - F  
Province de Be  
• **La dernière**  
Janvier 2019.  
• **Conditions**  
Tableau A (list

**SEPCEN® 250 mg, SI**  
**Boîte de**  
**D.**

**Veuillez lire attentivement l'notice**  
**medicament.**  
• Gardez cette notice, vous po  
• Si vous avez d'autres qu  
d'informations à votre médi  
• Ce médicament vous a été  
quelqu'un d'autre, même en c  
nocif.  
• Si l'un des effets indésirab  
indésirable non mentionné dan  
pharmacien. Voir la rubrique 4

• Que contient cette notice.  
1. Qu'est-ce que **SEPCEN** et  
2. Quelles sont les information  
3. Comment prendre **SEPCEN**  
4. Quels sont les effets indésir  
5. Comment conserver **SEPCEN**  
6. Informations supplémentair

1. **QU'EST-CE QUE **SEPCEN****  
**classe pharmacothérapeutique**  
**SEPCEN** contient une subst  
La ciprofloxacine est un antib  
lones. Elle agit en tuant les ba  
uniquement sur certaines souc

**Adultes :**  
Chez l'adulte, **SEPCEN** est  
suivantes :

• Infections des voies respirat  
• Infections persistantes ou ré  
• Infections urinaires.  
• Infections des testicules.  
• Infections des organes génit  
• Infections gastro-intestinales  
• Infections de la peau et des t  
• Infections des os et des artic  
• Prévention des infections du  
Exposition à la maladie du c  
**SEPCEN** peut être utilisé d  
taux de globules blancs (neut  
qu'une bactérie en est la cause  
Si vous présentez une infectio  
bactérienne, un traitement antib  
complément de **SEPCEN**.

**Chez l'enfant et l'adolescent :**  
**SEPCEN** est utilisé chez  
spécialiste, pour traiter les infe  
• Infections des poumons et d  
mucoviscidose.

• Infections urinaires compliqu  
(pyélonéphrite).  
• Exposition à la maladie du c  
**SEPCEN** peut également être  
spécifiques de l'enfant et de l'a

2. **QUELS SONT LES IN**  
**PRENDRE **SEPCEN** ?**  
• **Ne prenez jamais **SEPCEN****  
• Vous êtes allergique (hy  
quinolones ou à l'un des aut  
rubrique 6).

• Vous prenez de la tizanidine  
• **Mise en garde et précautio**  
Consultez votre médecin ou v  
Adressez-vous à votre médi  
• Vous avez déjà présenté de  
d'adapter votre traitement.  
• Vous souffrez d'épilepsie ou  
• Vous avez déjà eu des pro  
même famille que **SEPCEN**.  
• Si vous êtes diabétique par  
une hypoglycémie.  
• Vous souffrez de myasth  
musculaire) en raison du risq  
• Si vous savez que vous pr  
déficit en glucose-6-phosphat  
peut vous occasionner une ané  
• Si vous avez des problèmes  
• Si vous avez reçu un diagn  
vaisseau sanguin (anévrisme  
vaisseau).  
• Si vous avez déjà eu un épisi



Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الخزولي

طبيب محلف

خبر لدى المحاكم

Casablanca, le :

14 MAY 2020

الدار البيضاء، في :

26,00 Prazol 20

1 y x 2 / +

(SV) 6728

49,00 Nmat

1 y x 2 / +

110,00 Se/cen w

1 y x 2 / +

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
Dr. TIR Abdelaziz  
58, Route Moulay Thami Hay Hassani,  
Tél: 05 22 90 21 67 Casa

286,30

الدكتور سعيد الخزولي  
طبيب محلف، خبير لدى المحاكم  
60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء  
(قريب من مستشفى الحي الحسني - الدار البيضاء)  
مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22 90 21 67

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء  
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca  
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drgzsa@gmail.com

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الخزولي

طبيب محلف  
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 14 MAY 2020 في : الدار البيضاء

247 HAYA Khalid

NFS - Fautive  
Glycémie - HbA1c  
C.R.P  
Transaminases

Laboratoire d'ANALYSES MEDICALES  
KARIMLAB  
32, Angle Bd. Oum Rabli et Oued Daraa  
Quartier El Oulfa - Casablanca  
Tel : 0522 932 120 / 0622 89 43 24 / 0522 89 23 75  
Fax : 0522 93 21 31

Mr LAMHAYA Khalid  
13-08-1966



2005140011

A coller sur l'ordonnance

ORDO

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف : E-mail : drgza@gmail.com