

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-597682

57167

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 556 Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : ZIDANI Abdeljalil

Date de naissance : 04/08/1949

Adresse : 90 Avenue Pasteur YERRES  
91330 FRANCE

Tél. : 0661101385 Total des frais engagés : 106,27€ Dhs

Cadre réservé au Médecin

CHI Villeneuve St Georges  
Lucie & Raymond LAUBAC  
N° 123456789  
Service ORL

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/12/20

Nom et prénom du malade : Zidani Abdeljalil Age : 71 ans

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Angine Covid 19

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Marrakech Le : 20/12/20

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-597682

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

**Coupon à conserver par l'adhérent(e).**

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/11/2020	108,27 €

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

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

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																	
<b>Important :</b> 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	INP : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

## Facture

Numéro de facture	Date	Code client
200097476	18/12/2020	

912012937

Nb de réimpressions: 1

## PHARMACIE DE LA POSTE

Baidriss - El Benna  
1 Avenue Victor Hugo  
91860 EPINAY SOUS SENART  
FRANCE  
Tél : 0172494191  
Fax : 01 60 47 04 07  
E-Mail :

ZIDANI ABDELJALIL  
ETRANGER  
91330 YERRES

SIRET : 52261147400019 APE :  
TV, Intracommunautaire : FR57522611474

Mode de règlement : Carte Bancaire  
Echéance : 01/01/2021

Code13Réf	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Mt HT Net	%TVA
34009 3794578 3	AZITHROMYCINE MER 250MG PLQ/	6	8,2762	0,00	8,2762	49,66	2,1
34009 3678978 4	EFFIZINC 15MG GEL PLQ/60	1	7,6102	0,00	7,6102	7,61	2,1
3700221312681	ENERGIE ACEROLA CPR FL60	1	9,3839	0,00	9,3839	9,38	5,5
4022167004000	BRAUN THERMOM S/CONT BNT400	1	33,2500	0,00	33,2500	33,25	20,0

Quantité totale des produits : 9

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA	Total Net HT	
20,0%	33,25	0,00%	0,00	33,25	6,65	99,90 EUR	
5,5%	9,38	0,00%	0,00	9,38	0,52	8,37 EUR	
2,1%	57,27	0,00%	0,00	57,27	1,20	108,27 EUR	
<b>Totaux</b>	<b>99,90</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>99,90</b>	<b>8,37</b>		

Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque, libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale.  
En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros.

**LA PHARMACIE DE LA POSTE**  
1 Avenue Victor Hugo  
91860 EPINAY SOUS SENART  
Tél. / Fax. 01 60 47 04 07  
912 012 937



N° FINESS



940110042

**URGENCES  
SAU - SMUR**

Chef de Service  
Dr Corinne BERGERON (4087)  
[corinne.bergeron@chiv.fr](mailto:corinne.bergeron@chiv.fr)

Médecin senior 24h/24h  
Secrétariat central  
Mme S. BENABDELMOUMENE  
Tél. : 01 43 86 20 01  
Fax : 01 43 86 22 39  
[Secretariat.urgences@chiv.fr](mailto:Secretariat.urgences@chiv.fr)

Cadre supérieur de Santé  
Mr M. PALOMINO  
[manuel.palomino@chiv.fr](mailto:manuel.palomino@chiv.fr)

Service social  
Mme C. CHOUTIER (2424)

ACCUEIL DES URGENCES

01 43 86 22 01 (22 02)  
Fax : 01 43 86 22 39  
Médecin Chef UF  
Dr Julie ZUNDEL (2742)  
[julie.zundel@chiv.fr](mailto:julie.zundel@chiv.fr)

Dr N. AMMAR  
Dr A. ARIMAND  
Dr M. AYOUB  
Dr F. BAQUET  
Dr G. BONI  
Dr N. CHERFAOUI  
Dr H. CHIBANE  
Dr A. DERKAOU  
Dr L. DIFALLAH  
Dr A. ECHARD  
Dr R.J. EYOKA  
Dr M. FARCHI  
Dr M. HAICHO  
Dr V. KAMGA  
Dr S. KAMMOUN  
Dr M. KHALID  
Dr W. LAFNOUNE  
Dr R. LATREM  
Dr C. LEGRAND  
Dr M. MAY  
Dr E. MEINADIER  
Dr N. SIOUANI  
Dr D. SISSOKO  
Dr P. TSHISUMBULE  
Dr K. ZITOUNI

UHCD

01 43 86 22 68  
Fax : 01 43 86 22 39  
Médecin Chef UF  
Dr Corinne CANU(4088)  
[corinne.canu@chiv.fr](mailto:corinne.canu@chiv.fr)  
Secrétariat UHCD  
Mme Nadine PETIT  
01 43 86 20 01  
[secretariat.uhcd@chiv.fr](mailto:secretariat.uhcd@chiv.fr)

Cadre de santé  
Mme D. FIELD (2421) - SAU  
[danielle.field@chiv.fr](mailto:danielle.field@chiv.fr)  
Mme C. BEDNAREK (7812) - SAU  
[corinne.bednarek@chiv.fr](mailto:corinne.bednarek@chiv.fr)  
Mme S. RODIER (7885) - UHCD  
[sandra.rodier@chiv.fr](mailto:sandra.rodier@chiv.fr)  
Mme M. GUERIN (2441) - SMUR  
[milvia.guerin@chiv.fr](mailto:milvia.guerin@chiv.fr)

SMUR

Médecin chef UF  
Dr Laurence LEPAGE (4114)  
[Laurence.lepage@chiv.fr](mailto:Laurence.lepage@chiv.fr)

*medicaments*

Villeneuve Saint-Georges, le 20/12/2020

M ZIDANI (n.n. ZIDANI) ABDEL JALIL, 71 ans

Substitution autorisée par un médicament générique sauf mention manuscrite contraire indiquée sur la (les) ligne(s) concernée(s).

AZITHROMYCINE 500 1 CP /JOUR PENDANT 5 JOURS

VITAMINE 1 1G 1 FOIS PAR JOUS 7 JOURS

GLUCONATE D E ZINC 1 CP 2 FOIS / JOUR

UVEDOSE 1000 1 AMPOULE CHAQUE 3 MOIS

DOLIPRANE 1 G 1 CP MATIN MIDI ET SOIR 7 JOURS

Dr HAICHOOR MOHAMMED  
N° RPPS



10101321510

CHI Villeneuve St Georges  
Lucie & Raymond AUBRAC  
N° 43 86 112  
Service des URGENCES

CHI Villeneuve St Georges  
Lucie & Raymond AUBRAC  
N° 43 86 112  
Service des URGENCES



**CENTRE HOSPITALIER  
INTERCOMMUNAL**  
VILLENEUVE-SAINT-GEORGES  
Lucie & Raymond AUBRAC

N° FINESS



940110042

## URGENCES SAU - SMUR

Chef de Service  
Dr Corinne BERGERON (4087)  
[corinne.bergeron@chiv.fr](mailto:corinne.bergeron@chiv.fr)

Médecin senior 24h/24h  
Secrétariat central  
Mme S. BENABDELMOUMENE  
Tél. : 01 43 86 20 01  
Fax : 01 43 86 22 39  
[Secretariat.urgences@chiv.fr](mailto:Secretariat.urgences@chiv.fr)

Cadre supérieur de Santé  
Mr M. PALOMINO  
[manuel.palomino@chiv.fr](mailto:manuel.palomino@chiv.fr)

Service social  
Mme C. CHOUTIER (2424)

### ACCUEIL DES URGENCES

01 43 86 22 01 (22 02)  
Fax : 01 43 86 22 39  
Medecin Chef UF  
Dr Julie ZUNDEL (2742)  
[julie.zundel@chiv.fr](mailto:julie.zundel@chiv.fr)

Dr N. AMMAR  
Dr A. ARMAND  
Dr M. AYOUB  
Dr F. BAQUET  
Dr G. BONI  
Dr N. CHERFAOUI  
Dr H. CHIBANE  
Dr A. DERKAOUI  
Dr L. DIFALLAH  
Dr A. ECHARD  
Dr R.J. EYOKA  
Dr M. FARCHI  
Dr M. HAICHOIR  
Dr V. KAMGA  
Dr S. KAMMOUN  
Dr M. KHALID  
Dr W. LAFNOUNE  
Dr R. LATEREM  
Dr C. LEGRAND  
Dr M. MAY  
Dr E. MEINADIER  
Dr N. SIOUANI  
Dr D. SISSOKO  
Dr P. TSHISUMBULE  
Dr K. ZITOUNI

### UHCD

01 43 86 22 68  
Fax : 01 43 86 22 39  
Médecin Chef UF  
Dr Corinne CANU(4088)  
[corinne.canu@chiv.fr](mailto:corinne.canu@chiv.fr)  
Secrétariat UHCD  
Mme Nadine PETIT  
01 43 86 20 01  
[secretariat.uhcd@chiv.fr](mailto:secretariat.uhcd@chiv.fr)

Cadre de santé  
Mme D. FIELD (2421) - SAU  
[daniele.field@chiv.fr](mailto:daniele.field@chiv.fr)  
Mme C. BEDNAREK (7812) - SAU  
[corinne.bednarek@chiv.fr](mailto:corinne.bednarek@chiv.fr)  
Mme S. RODIER (7885) - UHCD  
[sandra.rodier@chiv.fr](mailto:sandra.rodier@chiv.fr)  
Mme M. GUERIN (2441) - SMUR  
[milvia.guerin@chiv.fr](mailto:milvia.guerin@chiv.fr)

### SMUR

Médecin chef UF  
Dr Laurence LEPAGE (4114)  
[Laurence.lepage@chiv.fr](mailto:Laurence.lepage@chiv.fr)

Villeneuve Saint-Georges, le 20/12/2020

M ZIDANI (n.n. ZIDANI) ABDEL JALIL, 71 ans

Substitution autorisée par un médicament générique sauf mention manuscrite  
contraire indiquée sur la (les) ligne(s) concernée(s)

merci de faire PCR covid 19

Dr HAICHOIR MOHAMMED  
N° RPPS



10101321510

CHI Villeneuve St Georges  
Lucie & Raymond AUBRAC  
N° 4080112  
Service des URGENCES

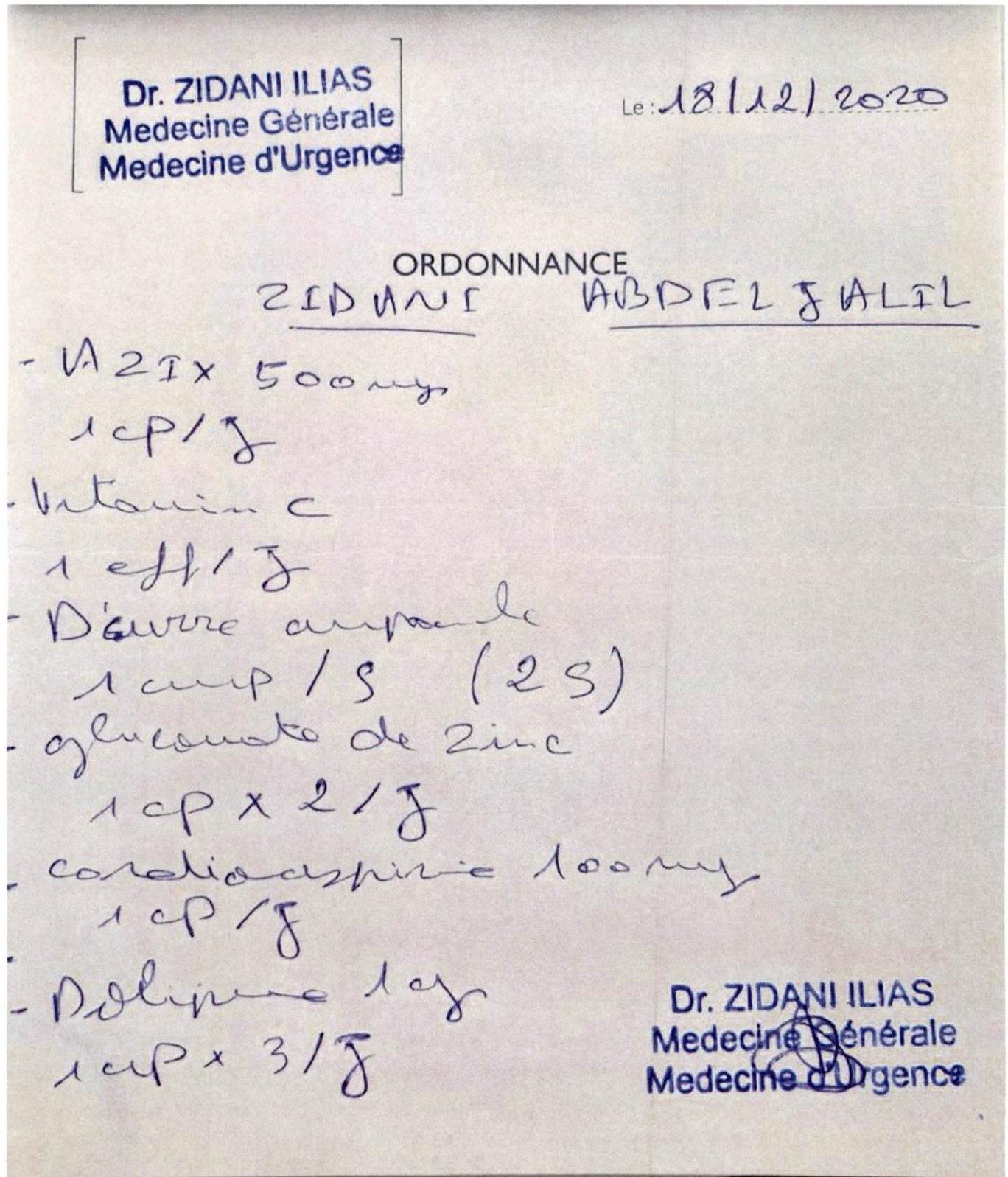
40, allée de la source - 94195 VILLENEUVE-SAINT-GEORGES CEDEX - Tél : 01 43 86 20 00  
Accès véhicules - 28, avenue de la république - 91560 Crosne

# Photo de Zidani Abdeljalil

18 décembre 2020 14:53

de: **abdeljalil zidani**<zidaniabdeljalil@yahoo.fr>

à: **jorge\_pereira**@orange.fr;



# EFFIZINC<sup>®</sup> 15 mg gélule

ZINC

**Veillez lire attentivement 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 informations fournies dans cette notice ou par votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que EFFIZINC 15 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre EFFIZINC 15 mg, gélule ?
3. Comment prendre EFFIZINC 15 mg, gélule ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

## Enfants

La prise de ce médicament est déconseillée chez l'enfant de moins de 6 ans en raison du risque de fausse-route liée à la forme gélule.

## Autres médicaments et EFFIZINC 15 mg, gélule

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou

# Azithromycine Mylan 250 mg

Comprimé pelliculé

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

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce qu'Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

## 1. Qu'est-ce qu'Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?

Classe pharmacothérapeutique : ANTIBACTERIENS A USAGE SYSTEMIQUE - code ATC : J01FA10.

Ce médicament est un antibiotique antibactérien de la famille des macrolides.

Il est indiqué dans le traitement de certaines infections bactériennes à germes sensibles.

# Azithromycine Mylan 250 mg

Comprimé pelliculé

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

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce qu'Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

## 1. Qu'est-ce qu'Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?

Classe pharmacothérapeutique : ANTIBACTERIENS A USAGE SYSTEMIQUE - code ATC : J01FA10.

Ce médicament est un antibiotique antibactérien de la famille des macrolides.

Il est indiqué dans le traitement de certaines infections bactériennes à germes sensibles.

# Azithromycine Mylan 250 mg

Comprimé pelliculé

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

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce qu'Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

## 1. Qu'est-ce qu'Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?

Classe pharmacothérapeutique : ANTIBACTERIENS A USAGE SYSTEMIQUE - code ATC : J01FA10.

Ce médicament est un antibiotique antibactérien de la famille des macrolides.

Il est indiqué dans le traitement de certaines infections bactériennes à germes sensibles.

# Azithromycine Mylan 250 mg

Comprimé pelliculé

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

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce qu'Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

## 1. Qu'est-ce qu'Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?

Classe pharmacothérapeutique : ANTIBACTERIENS A USAGE SYSTEMIQUE - code ATC : J01FA10.

Ce médicament est un antibiotique antibactérien de la famille des macrolides.

Il est indiqué dans le traitement de certaines infections bactériennes à germes sensibles.

# Azithromycine Mylan **250 mg**

Comprimé pelliculé

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

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce qu'Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

## 1. Qu'est-ce qu'Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?

Classe pharmacothérapeutique : ANTIBACTERIENS A USAGE SYSTEMIQUE - code ATC : J01FA10.

Ce médicament est un antibiotique antibactérien de la famille des macrolides.

Il est indiqué dans le traitement de certaines infections bactériennes à germes sensibles.

# Azithromycine Mylan 250 mg

Comprimé pelliculé

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

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce qu'Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

## 1. Qu'est-ce qu'Azithromycine Mylan 250 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?

Classe pharmacothérapeutique : ANTIBACTERIENS A USAGE SYSTEMIQUE - code ATC : J01FA10.

Ce médicament est un antibiotique antibactérien de la famille des macrolides.

Il est indiqué dans le traitement de certaines infections bactériennes à germes sensibles.

## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

# Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

gélule

SANOFI 

**Veuillez lire attentivement 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 informations fournies dans cette notice par votre médecin ou votre pharmacien.

Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 3 jours en cas de fièvre ou 5 jours en cas de douleurs. Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

### Que contient cette notice ?

Qu'est-ce que DOLIPRANE 1000 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?

Quelles sont les informations à connaître avant de prendre DOLIPRANE 1000 mg, gélule ?

Comment prendre DOLIPRANE 1000 mg, gélule ?

Quels sont les effets indésirables éventuels ?

Comment conserver DOLIPRANE 1000 mg, gélule ?

Contenu de l'emballage et autres informations.

### QU'EST-CE QUE DOLIPRANE 1000 mg, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique – code ATC : N02BE01.

DOLIPRANE est un antalgique (calme la douleur) et un antipyrétique (fait baisser la fièvre).

La substance active de ce médicament est le paracétamol.

Il est utilisé pour traiter la douleur et/ou la fièvre, par exemple en cas de maux de tête, d'état grippal, de douleurs dentaires, de brûlures, de règles douloureuses.

Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs arthrosiques.

**Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant de plus de 50 kg (soit à partir d'environ 15 ans).**

Lire attentivement la rubrique « Posologie ».

**Pour les enfants pesant moins de 50 kg, il existe d'autres présentations de paracétamol dont le dosage est plus adapté. N'hésitez pas à demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.**

### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE 1000 mg, gélule ?

**Ne prenez jamais DOLIPRANE 1000 mg, gélule :**

- si vous êtes allergique au paracétamol ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6,
- si vous avez une maladie grave du foie.

**Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Vérifiez que vous ne prenez pas d'autres médicaments contenant du paracétamol, y compris si ce sont des médicaments obtenus sans prescription. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée. (voir « Posologie » et « Si vous avez pris plus de DOLIPRANE 1000 mg, gélule que vous n'auriez dû »).**

### Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre DOLIPRANE 1000 mg, gélule.

#### Faites attention avec DOLIPRANE :

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours, ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne continuez pas le traitement sans l'avis de votre médecin.
- La prise de paracétamol peut entraîner des troubles du fonctionnement du foie.
- Vous devez demander l'avis de votre médecin avant de prendre ce médicament :
  - si vous pesez moins de 50 kg,
  - si vous avez une maladie du foie ou une maladie grave des reins,
  - si vous avez fréquemment de l'alcool ou que vous avez arrêté de boire de l'alcool récemment,
  - si vous souffrez de déshydratation,
  - si vous souffrez par exemple de malnutrition chronique, si vous êtes en période de jeûne, si vous avez perdu beaucoup de poids récemment, si vous avez plus de 75 ans ou si vous avez plus de 65 ans et que vous présentez des maladies de longue durée, si vous êtes atteint du virus du SIDA ou d'une hépatite virale chronique, si vous souffrez de mucoviscidose (maladie génétique et héréditaire caractérisée notamment par des infections respiratoires graves), ou encore si vous êtes atteint de la maladie de Gilbert (maladie héréditaire associée à une augmentation du taux de bilirubine dans le sang),
  - si vous êtes allergique à l'aspirine et/ou aux anti-inflammatoires non stéroïdiens.