

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.

Diologie 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.

Éducation :

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.

Thérapeutique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 canalaires.

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

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

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2326Société : R.A.M. Actif Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : R.A.BIHM AmnaDate de naissance : 02/08/1957Adresse : RENDEUE ELABAB, BOULEVARD 10 APRIL N° 3ATN SEBHADASSADAUCATél. : 06 67 09 36 01Total des frais engagés : 588€,03

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 :

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 : CASABLANCALe : 02/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :



8

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- SY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- | | |
|-----|--|
| SF | = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence |
| SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute |
| AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| AP | = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| R-Z | = Electro-Radiologie |
| B | = Analyses |

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

'HOSPITALISATION EN CLINIQUE

'HOSPITALISATION EN HOPITAL

'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes lobeaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps .

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit revenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 810829

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : RACHIDI AMINA
Matricule : 2826 Fonction : Retraitée Poste :
Adresse : Résidence EL HABAB - n° 10 ZONE 1 Ann. Sbaa Casab
Tél. : 066 708 59 01 Signature Adhérent : 

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : _____ Age : _____

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : _____

Nature de la maladie : _____

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : _____

A _____, le _____

Durée d'utilisation 3 mois

Rachidi Amina

Rachidi Amina

Rachidi Amina

VOLET ADHERENT

DECLARATION

N° 810829

Matricule N° : RACHIDI AMINA

Nom du patient : 2826

Date de dépôt : 01-02-2024

Montant engagé : 58 98, 08

Nombre de pièces jointes : 32



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
29/11/20	CS		300DH	 DR HACHIM OUSSOUF

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE FARMACEUTIQUE Dr. M. BERNARDI CASA 05 22 55 59 16	29/11/2020	2093,70

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des :

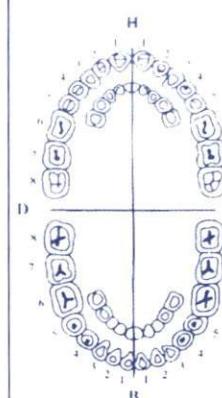
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
	B	

G (Création, remont, adjenction)
Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Casablanca, le

29/12/2020

ORDONNANCE

Nom du patient(e) :

RACHID

AMINA

1- HYDROXYCHLOROQUINE 200mg

1cp * 3/jr pendant

2- AZITHROMYCINE 250mg

1cp/jr

pendant

3- TAVANIC 500mg

1cp/jr

pendant

4- OFIKEN 200mg

1cp * 2/jr

pendant

5- LOVENOX 0.6ml

jr en s/c

pendant

6- ASPEGIC 100g

1 sachet /jr

pendant 1 mois

7- FENOGAL 200mg

1 gel le soir

pendant 1 mois

8- VITA C1000

1cp * 2/jr

pendant 1 mois

9- ZINASKIN

1gel /jr

pendant 1 mois

10- IXOR 20mg

1cp /jr le soir

pendant 1 mois

11- COTIPRED 20mg

Dr. HACHIM Youssef
Médecin Urgentiste
11, Rue Frédéric Lemaître Riviera
Casablanca - Tél: 066 219 345

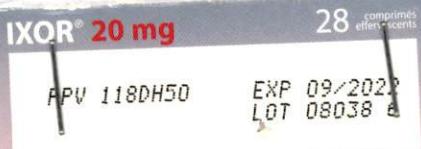


AKDITAL
Acteur de Santé

PHARMACIE EL ABBAS CASA

SITE : 10 Bd Cheikhouni Aïn Sebaâ Casablanca
Tél : 05 22 58 0000 - Fax : 05 22 35 66 44

E-mail : direction@hpc.ma - Site web : www.hpc.ma

Vita C 1000®PPV 150DH30
EXP 10/2023
LOT 09031 28**ZINASKIN®**PPV 40DH90 EXP 11/2023
LOT DN039 24**ZINASKIN®**PPV 40DH90 EXP 11/2023
LOT DN039 24

143,30

143,30

143,30

143,30

143,30

143,30

LOT 201227 2
EXP 05 22
PPV 102.00 DH

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS

LOT 202242
EXP 09 22
PPV 170.00 DHLOT 19J18 1
EXP 10 2023
PPV 110.00 DH



ASPÉGIC® NOURRISSONS 100mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine

poudre pour solution buvable en sachet-dose

SANOFI

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a/ Dénomination : ASPÉGIC NOURRISSONS, 100 mg,

b/ Composition : Acétylsalicylate de DL-lysine ... 180,00 mg
(quantité correspondante en acide acétylsalicylique ... 100 mg)

Excipients : glycine, arôme mandarine (contenant du lactose, jus d'orange, huile essence de mandarine), glycyrrhizate d'ammonium, pour un sachet-dose de 204,6 mg.

c/ Forme pharmaceutique et présentation :

Poudre pour solution buvable en sachet-dose, boîte de 20.

d/ Classe pharmaco-thérapeutique :

AUTRES ANALGÉSIQUE ET ANTIPYRÉTIQUE

2- DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT (Indications thérapeutiques)

Ce médicament contient de l'aspirine.

Il est indiqué : • en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures.

Dans cette indication, cette présentation est réservée à l'enfant de 6 à 22 kg ; lire attentivement la rubrique « Posologie ».

• dans le traitement de certaines affections rhumatismales.

Dans cette indication, cette présentation est réservée à l'enfant de 6 à 22 kg.

Pour les enfants ayant un poids ou un âge différent, il existe d'autres présentations d'aspirine : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

3- ATTENTION :

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucrés, contactez-le avant de prendre ce médicament.

a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament (Contre-indications)

Ce médicament NE DOIT JAMAIS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- allergie à l'aspirine ou à un médicament apparenté (notamment anti-inflammatoires non stéroïdiens) ou à l'un des autres composants, • antécédents d'asthme provoqué par l'administration d'aspirine ou d'un médicament apparenté (notamment anti-inflammatoires non stéroïdiens), • au-delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée) pour des doses supérieures à 100 mg par jour, • ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution, • maladie hémorragique ou risque de saignement, • maladie grave du foie, • maladie grave des

reins, • maladie grave du cœur, • traitement par le méthotrexate à doses supérieures à 20 mg/semaine, lorsque l'aspirine est utilisée à f

• dans le traitement des affections

évre ou des douleu s anticoagulants o itamment dans le 10 mg/kg par jour, r) et en cas d'antécé amenteuses et autre

6 118000 061113 MANDER L'AVIS DE Votre MéDECIN OU DE Votre PHARMACIEN.

b) Mises en garde spéciales : • Ce médicament contient du lactose, son utilisation est déconseillée, chez les patients présentant une intolérance au lactose (maladie héréditaire rare). • En cas d'association à d'autres médicaments, pour éviter un risque de surdosage, vérifier l'absence d'aspirine dans la composition des autres médicaments. • En cas de maux de tête survenant lors d'une utilisation prolongée et à fortes doses d'aspirine, vous ne devez pas augmenter les doses, mais prendre l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

L'utilisation régulière d'antalgiques, en particulier plusieurs antalgiques en association, peut conduire à des lésions des reins. • Des syndromes de Reye (maladie rare mais très grave associant principalement des troubles neurologiques et une atteinte du foie) ont été observés chez certains présentant des maladies virales et recevant de l'aspirine.

En conséquence :

- en cas de maladie virale, comme la varicelle ou un épisode d'allure grippale : ne pas administrer d'aspirine à un enfant sans l'avis d'un médecin, - en cas d'apparition de trouble de la conscience ou du comportement et de vomissements chez un enfant prenant de l'aspirine, prévenez immédiatement un médecin.

*L'aspirine ne doit être utilisée qu'après avis de votre médecin : • en cas de traitement d'une maladie rhumatismale, • en cas de déficit en G (maladie héréditaire des globules rouges), car des doses élevées d'aspirine ont pu provoquer des hémolyases (destruction des globules rouges), • en cas d'antécédents d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, d'hémorragie digestive ou de gastrite, • en cas de maladie des reins ou du foie, • en cas d'asthme : la survenue de crise d'asthme, chez certains sujets, peut être liée à une allergie aux anti-inflammatoires non stéroïdiens ou à l'aspirine. Dans ce cas, ce médicament est contre-indiqué, • en cas de règles abondantes, • en cas de traitement par : • des anticoagulants oraux, lorsque l'aspirine est utilisée à forte dose dans le traitement de la fièvre ou des douleurs (jusqu'à 60 mg/kg par jour) et en l'absence d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal, • de



ASPÉGIC® NOURRISSONS 100mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine

poudre pour solution buvable en sachet-dose

SANOFI

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a/ Dénomination : ASPÉGIC NOURRISSONS, 100 mg,

b/ Composition : Acétylsalicylate de DL-lysine ... 180,00 mg
(quantité correspondante en acide acétylsalicylique ... 100 mg)

Excipients : glycine, arôme mandarine (contenant du lactose, jus d'orange, huile essence de mandarine), glycyrrhizate d'ammonium, pour un sachet-dose de 204,6 mg.

c/ Forme pharmaceutique et présentation :

Poudre pour solution buvable en sachet-dose, boîte de 20.

d/ Classe pharmaco-thérapeutique :

AUTRES ANALGÉSIQUE ET ANTIPYRÉTIQUES

2- DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT (Indications thérapeutiques)

Ce médicament contient de l'aspirine.

Il est indiqué : • en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures.

Dans cette indication, cette présentation est réservée à l'enfant de 6 à 22 kg ; lire attentivement la rubrique « Posologie ».

• dans le traitement de certaines affections rhumatismales.

Dans cette indication, cette présentation est réservée à l'enfant de 6 à 22 kg.

Pour les enfants ayant un poids ou un âge différent, il existe d'autres présentations d'aspirine : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

3- ATTENTION :

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucrés, contactez-le avant de prendre ce médicament.

a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament (Contre-indications)

Ce médicament NE DOIT JAMAIS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- allergie à l'aspirine ou à un médicament apparenté (notamment anti-inflammatoires non stéroïdiens) ou à l'un des autres composants, • antécédents d'asthme provoqué par l'administration d'aspirine ou d'un médicament apparenté (notamment anti-inflammatoires non stéroïdiens), • au-delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée) pour des doses supérieures à 100 mg par jour, • ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution, • maladie hémorragique ou risque de saignement, • maladie grave du foie, • maladie grave des

reins, • maladie grave du cœur, • traitement par le méthotrexate à doses supérieures à 20 mg/semaine, lorsque l'aspirine est utilisée à f

• dans le traitement des affections

évre ou des douleu s anticoagulants o itamment dans le 10 mg/kg par jour, r) et en cas d'antécé amenteuses et autre

LOT : 20E010

PER.:11 2021

ASPÉGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

EN CAS DE DOUILLE IL EST INDUS D'AVERTIR LE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

b) Mises en garde spéciales : • Ce médicament contient du lactose, son utilisation est déconseillée, chez les patients présentant une intolérance au lactose (maladie héréditaire rare). • En cas d'association à d'autres médicaments, pour éviter un risque de surdosage, vérifier l'absence d'aspirine dans la composition des autres médicaments. • En cas de maux de tête survenant lors d'une utilisation prolongée et à fortes doses d'aspirine, vous ne devez pas augmenter les doses, mais prendre l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

L'utilisation régulière d'antalgiques, en particulier plusieurs antalgiques en association, peut conduire à des lésions des reins. • Des syndromes de Reye (maladie rare mais très grave associant principalement des troubles neurologiques et une atteinte du foie) ont été observés chez certains présentant des maladies virales et recevant de l'aspirine.

En conséquence :

- en cas de maladie virale, comme la varicelle ou un épisode d'allure grippale : ne pas administrer d'aspirine à un enfant sans l'avis d'un médecin, - en cas d'apparition de trouble de la conscience ou du comportement et de vomissements chez un enfant prenant de l'aspirine, prévenez immédiatement un médecin.

*L'aspirine ne doit être utilisée qu'après avis de votre médecin : • en cas de traitement d'une maladie rhumatismale, • en cas de déficit en G (maladie héréditaire des globules rouges), car des doses élevées d'aspirine ont pu provoquer des hémolySES (destruction des globules rouges), • en cas d'antécédents d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, d'hémorragie digestive ou de gastrite, • en cas de maladie des reins ou du foie, • en cas d'asthme : la survenue de crise d'asthme, chez certains sujets, peut être liée à une allergie aux anti-inflammatoires non stéroïdiens ou à l'aspirine. Dans ce cas, ce médicament est contre-indiqué, • en cas de règles abondantes, • en cas de traitement par : • des anticoagulants oraux, lorsque l'aspirine est utilisée à forte dose dans le traitement de la fièvre ou des douleurs (jusqu'à 60 mg/kg par jour) et en l'absence d'antécédent d'ulcère gastro-duodenal, • de

AZIX®

COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg sécable

INDICATIONS THERAPIQUE :

Traitement des infections d'

- infections respiratoires

pharyngite;

- infections respiratoires basses;

- infections odontostomatologiques;

- infections cutanées;

- infections des tissus mous;

- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.

- Insuffisance hépatique sévère.

MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.

- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.

- Manifestations allergiques; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

TABLEAU A (LISTE I).

PPV: 79DH70

PER: 11/23

LOT: J3102



AZIX®

COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg sécable

INDICATIONS THERAPIQUE :

Traitement des infections d'

- infections respiratoires

pharyngite;

- infections respiratoires basses;

- infections odontostomatologiques;

- infections cutanées;

- infections des tissus mous;

- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.

- Insuffisance hépatique sévère.

MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.

- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

TABLEAU A (LISTE I).

PPV: 79DH70

PER: 11/23

LOT: J3102



bottu SA
82, Allée des Casuarinas - Ain Sébaï - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

INFORMATION DE L'UTILISATEUR

anic® 250 mg comprimé pelliculé
anic® 500 mg comprimé pelliculé

SANOFI

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

cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre
pharmacien.

Il vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas
à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de
sa maladie sont identiques aux vôtres.

Si quelque chose vous effrayerait, parlez-en à votre
médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet
secondaire qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

ent cette notice :

que Tavanic et dans quels cas est-il utilisé ?
sont les informations à connaître avant de prendre Tavanic
et prendre Tavanic
nt les effets indésirables éventuels
ut conserver Tavanic
de l'emballage et autres informations

-CE QUE TAVANIC ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ

ent s'appelle Tavanic. Il contient une substance active appelée ciprofloxacine. Celle-ci fait partie des médicaments connus sous le nom de quinolones et appartient plus précisément à la famille des quinolones. Ces médicaments détruisent les bactéries responsables de certaines infections dans l'organisme.

met de traiter les infections touchant :

nes/poumons, chez les personnes atteintes de maladies chroniques ou de pneumonie

urinaires, y compris les reins et la vessie, en cas d'infection persistante

les tissus sous-cutanés, y compris les muscles (ces parties sont

- si vous avez une insuffisance cardiaque,
 - si vous avez eu un infarctus du myocarde,
 - si vous êtes une femme ou une personne âgée,
 - si vous prenez d'autres médicaments pouvant conduire à des modifications anormales de l'ECG (voir la rubrique intitulée « Autres médicaments et Tavanic »).

Si vous êtes diabétique.

Si vous avez des troubles du foie ou en avez eu par le passé.

Si vous avez des douleurs d'une myasthénie (grande faiblesse musculaire).

un des cas ci-dessus vous concerne, parlez-en à votre pharmacien avant de prendre Tavanic.

Sanofi-aventis Maroc

Carrefour des Aventures Marocaines

Ain sebaï Casablanca

Tavanic 500mg cp pe
P.P.V : 145.00 DH



6-118001 080670

quand ces médicaments sont utilisés au cours du traitement par Tavanic :

- Les corticoïdes, parfois appelés corticostéroïdes, utilisés pour traiter

- Les corticoïdes, parfois appelés corticostéroïdes, utilisés pour traiter une inflammation, car le risque d'inflammation et/ou de rupture d'un tendon peut augmenter.

La warfarine, utilisée pour fluidifier le sang, car la prédisposition aux saignements peut augmenter. Le cas échéant, votre médecin vous prescrira des prises de sang régulières pour contrôler la coagulation sanguine.

La théophylline, utilisée dans les maladies respiratoires chroniques, car le risque de convulsions est plus élevé en cas de prise en association avec Tavanic.

Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS), utilisés contre la douleur et l'inflammation, tels que l'aspirine, l'ibuprofène, le fenbufène, le kétoprofène et l'indométhacine, car le risque de convulsions est plus élevé en cas de prise en association avec Tavanic.

La ciclosporine, utilisée après une greffe d'organes, car le risque d'effets indésirables liés à la ciclosporine est plus élevé.

Les médicaments ayant un effet connu sur le rythme cardiaque, c'est-à-dire les produits utilisés dans les troubles du rythme (antiarythmiques) tels que la quinidine, l'hydroquinidine, le disopyramide, l'amiodarone, le sotalol, le dofetilide ou l'ibutilide), les dépressions (antidépresseurs tricycliques tels que l'amitriptyline ou l'imipramine), les infections bactériennes (antibiotiques de la famille des macrolides tels que l'érythromycine, l'azithromycine ou la clarithromycine) et les maladies mentales (certains psychotropes).

Le probénécide, utilisé pour traiter la goutte. Votre médecin est susceptible

INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Tavanic® 250 mg comprimé pelliculé Tavanic® 500 mg comprimé pelliculé oxacine

SANOFI

Lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous. cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire. Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien. Si l'indication de Tavanic a été prescrite par votre médecin, il peut être nécessaire de prendre ce médicament. Il peut également être prescrit pour d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de l'effet sont identiques aux vôtres. Si l'effet est indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne sera pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Comment prendre cette notice :

Il est important de lire cette notice avant de prendre Tavanic et dans quels cas il est utilisé. Pour obtenir des informations à connaître avant de prendre Tavanic, il faut prendre Tavanic et les effets indésirables éventuels. Il faut également conserver Tavanic dans son emballage et autres informations.

QUELLES SONT LES INDICATIONS DE TAVANIC ?

Tavanic s'appelle Tavanic. Il contient une substance active appelée Tavanic. Celle-ci fait partie des médicaments connus sous le nom de quinolones et appartient plus précisément à la famille des quinolones. Ces médicaments détruisent les bactéries responsables de certaines infections dans l'organisme.

Tavanic est utilisé pour traiter les infections touchant :

les voies respiratoires supérieures/poumons, chez les personnes atteintes de maladies chroniques ou de pneumonie urinaires, y compris les reins et la vessie, en cas d'infection persistante dans les tissus sous-cutanés, y compris les muscles (ces parties sont

- si vous avez une insuffisance cardiaque,
- si vous avez eu un infarctus du myocarde,
- si vous êtes une femme ou une personne âgée,
- si vous prenez d'autres médicaments pouvant conduire à des modifications anormales de l'ECG (voir la rubrique intitulée « Autres médicaments et Tavanic »).
- Si vous êtes diabétique.
- Si vous avez des troubles du foie ou en avez eu par le passé.

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Aïn sebaï Casablanca

Tavanic 500mg cp pel b6

P.P.V : 145,00 DH



6 118001 080670

ment d'autres médicaments, ou si vous en avez pris avec votre médecin ou à votre pharmacien, car certains peuvent augmenter le mode d'action de Tavanic.

Particulier si vous prenez l'un des médicaments suivants : certains de ces médicaments peuvent augmenter le risque d'effets indésirables peut augmenter

lorsqu'ils sont utilisés au cours du traitement par Tavanic :

- Les corticoïdes, parfois appelés corticostéroïdes, utilisés pour traiter une inflammation, car le risque d'inflammation et/ou de rupture d'un tendon peut augmenter.
- La warfarine, utilisée pour fluidifier le sang, car la prédisposition aux saignements peut augmenter. Le cas échéant, votre médecin vous prescrira des prises de sang régulières pour contrôler la coagulation sanguine.
- La théophylline, utilisée dans les maladies respiratoires chroniques, car le risque de convulsions est plus élevé en cas de prise en association avec Tavanic.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), utilisés contre la douleur et l'inflammation, tels que l'aspirine, l'ibuprofène, le fenbufène, le ketoprofène et l'indométracine, car le risque de convulsions est plus élevé en cas de prise en association avec Tavanic.
- La cyclosporine, utilisée après une greffe d'organes, car le risque d'effets indésirables liés à la cyclosporine est plus élevé.
- Les médicaments ayant un effet connu sur le rythme cardiaque, c'est-à-dire les produits utilisés dans les troubles du rythme (antiarythmiques) tels que la quinidine, l'hydroquinidine, le disopyramide, l'amiodarone, le sotalol, le dofetilide ou l'ibutilide), les dépressions (antidépresseurs tricycliques tels que l'amitriptyline ou l'imipramine), les infections bactériennes (antibiotiques de la famille des macrolides tels que l'érythromycine, l'azithromycine ou la clarithromycine) et les maladies mentales (certains psychotropes).
- Le prothrombécide, utilisé pour traiter la goutte. Votre médecin est susceptible de vous prescrire ce médicament si votre goutte est diminuée.

Si vous avez des questions, parlez-en à votre médecin.

Casablanca, le 29/12/2023

RSAET H/D

AMINA

+ NFG, Rd

→ Ures - creat

+ CRB

+ PCT

→ D + D - eos

+ W.Dh.

SERVICE LABORATOIRE
HÔPITAL PRIVE DE CASABLANCA AÏN SEBAÂ
INPE : 090063272
279, Bd. Chefchaouni Aïn Sebaâ

Casablanca, le 29/12/2020

RACHIDI AMINA

fais SVR.

TDR Thoracique

Susp covid

S
HÔPITAL PRIVE DE CASABLANCA
RADIOLOGIE
AïN SEBAâ
INPE : 090063272
Bd. Chefchaouni Aïn Sebaâ

$T^{\circ} \Rightarrow 38$

$Spo_2 \Rightarrow 93$

Casablanca, le

12101121

Dominique

Hachimi

SERVICE LABORATOIRE
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBA
INPE : 090063272
279, Bd. Chefchaouni Ain Sebaa

- Dominique

- CRD

- feritin -

- ferrugine

Dr. HACHIM Youssef
Médecin Urgentiste

11, Rue Frédéric Le Maître Riviera
Casablanca - Tél: 0661 219 348

HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 29-12-2020

Facture N° 23794/20**A. Identification**

N° Dossier : HPC20L29161746

N° Identifiant : 038251/20

Nom & Prénom : Mme RACHIDI AMINA

C.I.N : B83934

Adresse : RES CHABAB ZONE D

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 29-12-2020

Date Sortie : 29-12-2020

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
1	SCANNER THORACIQUE		1 500,00			1 500,00
					Total Rubrique :	1 500,00
						0,00
					TOTAL GENERAL	1 500,00

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

SERVICE RADIOLOGIE
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA
AIN SEBA
INPE : 090063272
279, Bd. Chefchaouen Ain Seba

Cachet et Signature

HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 29-12-2020

PREFACTURE

A. Identification

N° Dossier : HPC20L29160251

N° Identifiant : 038251/20

Nom & Prénom : Mme RACHIDI AMINA

C.I.N : B83934

Adresse : RES CHABAB ZONE D

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 29-12-2020

Date Sortie : 29-12-2020

Traitemet : Urgence

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
						Total Rubrique : 300,00
PARTIE CLINIQUE : 300,00						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : 0,00						
Arrêté la présente facture à la somme de :				TOTAL GENERAL		300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Cachet et Signature

SERVICE RECEPTION ET DE
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA
AIN SEBAA
INPE : 090063272
270 Rd Chabab

- IRM Haut Champ - Scanner Multibarrette - Anglo-scanner / Anglo-IRM - Coloscopie virtuelle - Dentascanner - Mammographie Numérisée - Echographie - Echo Doppler
- Radiologie Conventionnelle - Panoramique Dentaire - Rachis Entier - Gonométrie - Radiologie Interventionnelle - Coroscanner / IRM Cardiaque Sur Rdv

29/12/2020

PATIENT : RACHID AMINA

PRESCRIPTEUR: ANESTHESISTE REANIMATEUR

SCANNER THORACIQUE

TECHNIQUE

- Acquisition spiralée avec reconstruction sans injection de PDC

RESULTATS :

- Plages de verre dépoli bilatérales asymétriques dont l'étendue est estimée à 15% environ associé à des épaississements septaux et non septaux
- Absence d'épanchement pleuropéricardique
- Absence d'ADP médiastinale de taille significative en dehors de petits ganglions de la loge de Barey

CONCLUSION :

- Pneumopathie d'origine virale dont l'étendue est modérée d'environ 15%

Merci de votre confiance.

Pr SIWANE

Honoraires

Casablanca , le 04/01/2021

Dossier N°: 040121-428 du: 04/01/2021

Médecin Dr :HACHIM YOUSSEF

21-000114 N°Chambre

Patient :Mme RACHIDI AMINA

Analyses	Cotation	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	107,200
Créatinine	30	40,200
UREE	30	40,200
LDH	50	67,000
CRP : PROTEINE-C REACTIVE	100	134,000
PROCALCITONINE	400	536,000
RECHERCHE DE D DIMERES	200	268,000
Prélèvement sang veineux	1	11,750
	Total B	890
	Total en dirhams	1 204,35

SERVICE LABORATOIRE
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBAâ
INPE : 05 22 63272
279, Bd. Chefchaouni Aïn Sebaâ

Honoraires

Casablanca , le 12/01/2021

Dossier N°: 120121-818 du: 12/01/2021

Médecin Dr :HACHIM YOUSSEF

21-000114 N°Chambre

Patient :Mme RACHIDI AMINA

Analyses	Cotation	Montant
CRP : PROTEINE-C REACTIVE	100	134,000
RECHERCHE DE D DIMERES	200	268,000
FIBRINOGENE	40	53,600
FERRITINE	250	335,000
Prélèvement sang veineux	1	11,750
	Total B	590
	Total en dirhams	802,35

SERVICE LABORATOIRE
HÔPITAL PRIVÉ DE CASABLANCA AÏN SEBAâ
INPE : 090063272
279, Bd. Chefchaouni Aïn Sebaâ



Casablanca , le 12/01/2021

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 120121-818 Pvt du: 12/01/2021 8:09

Mme RACHIDI AMINA

Patient Ordinaire :

Prescrit par Dr HACHIM YOUSSEF

Page : 1/1

PROTEINES DE L'INFLAMMATION

<u>CRP : PROTEINE-C REACTIVE</u>	:	0,67	mg/l	Valeurs Usuelles (Inférieur à 6)	Antériorité 12,12 (04/01/21)
----------------------------------	---	------	------	---------------------------------------	---------------------------------

HEMOSTASE-COAGULATION

<u>RECHERCHE DE D DIMERES</u>	:	195,00	µg/l	Valeurs Usuelles (Inférieur à 500)	Antériorité 213,00 (04/01/21)
<u>FIBRINOGENE</u>	:	4,28	g/l	(1,62 - 4)	

IMMUNOLOGIE-SEROLOGIE

<u>FERRITINE</u>	:	129,92	ng/ml
------------------	---	--------	-------

Femmes cycliques : 20 à 200 ng/ml
Femmes ménopausées : 25 à 280 ng/ml
Hommes : 30 à 300 ng/ml
Enfants : 20 à 200 ng/ml

Aspect de sérum : Normal

Dr. SENTISSI Hamza
Médecin Biologiste
Hôpital Privé Casablanca Aïn Sebaâ
INPE : 030063272

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement



Casablanca, le 04/01/2021

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 040121-428 Pvt du: 04/01/2021 8:22 ***

Mme RACHIDI AMINA

Patient Ordinaire :

Prescrit par Dr HACHIM YOUSSEF

Page : 1/2

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION

Globules blancs	:	5730	/mm ³	(4000 - 10000)
Globules rouges	:	4,56	10 ⁶ /mm ³	(3,92 - 5,08)
Hémoglobine	:	13,90	g/dl	(11,9 - 14,6)
Hématocrite	:	41,40	%	(36,6 - 48)
VGM	:	90,90	fL	(82,9 - 98)
TCMH	:	30,50	pg	(27 - 32)
CCMH	:	33,60	g/dl	(32 - 36)
Plaquettes	:	435 000	/mm ³	(150000 - 450000)

FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles	:	60,2 %	Soit	3449/mm ³	(1500 - 7000)
Lymphocytes	:	29,5 %	Soit	1690/mm ³	(1500 - 4000)
Monocytes	:	9,2 %	Soit	527/mm ³	(100 - 1000)
Polynucléaires Eosinophiles	:	0,8 %	Soit	45/mm ³	(50 - 500)
Polynucléaires Basophiles	:	0,3 %	Soit	17/mm ³	(10 - 70)

Pr. MRABET Rousset
Spécialiste en Biologie Médicale
HPC Aïn Sebaâ
Ex-PB / Robert
ex chef de service à l'Hôpital Robert
Pr. MRABET Rousset
Spécialiste en Biologie Médicale
HPC Aïn Sebaâ
Ex-PB / Robert
ex chef de service à l'Hôpital Robert
Pr. MRABET Rousset
Spécialiste en Biologie Médicale
HPC Aïn Sebaâ
Ex-PB / Robert
ex chef de service à l'Hôpital Robert

Mme RACHIDI AMINA

Dossier N° : 040121-428

Page : 2/2

BIOCHIMIE SANGUINE

			Valeurs Usuelles	Antériorité
<u>CREATININE</u>	:	7,21 mg/l 63,81 µmol/l	(5 - 9) (44 - 80)	
<u>UREE</u>	:	0,20 g/l 3,33 mmol/l	(0,1 - 0,5) (1,67 - 8,34)	
<u>LDH</u>	:	363,00 UI/l		

valeurs usuelles

Adulte	: 140 à 300 UI/l
Enfant	: 200 à 400 UI/l
Nourrisson	: 250 à 500 UI/l
Nouveau.Né	: 300 à 780 UI/l

Enfant de 1 mois : 300 à 780 UI/l

PROTEINES DE L'INFLAMMATION

		Valeurs Usuelles	Antériorité
<u>CRP : PROTEINE-C REACTIVE</u>	:	12,12 mg/l	(Inférieur à 6)
<u>PCT: PROCALCITONINE</u>	:	0,03 ng/ml	(Inférieur à 0,05)

Aspect de sérum : Normal

HEMOSTASE-COAGULATION

		Valeurs Usuelles	Antériorité
<u>RECHERCHE DE D DIMERES</u>	:	213,00 µg/l	(Inférieur à 500)

Dr. MIRABET Mustapha
Spécialiste en Biologie Médicale
Hôpital Privé Casablanca
En charge du Dr. HCP Aïn Sebaâ
ex-chef de service à CHU Marrakech
Téléphone : 0522680012

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement