

## 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 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

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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-714656

124929

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12523 Société : ROYAL AIR MAROC  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HAJJANI MOSTAFA  
 Date de naissance : 03/07/1984  
 Adresse :  
 Tél. : 0660808709 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/06 2022 ELHABBE REYZANE  
 Nom et prénom du malade : HAJJANI LYDIA Age : 27 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Colique Néphrétique  
 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 : 10/06/2022 Le : 10/06/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT



# 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
10/11/22	5		6	INP : 060002835

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/11/22	590,10

# 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	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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 <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CLINIQUE AL MARJANE

Quartier Administratif

Tél: 05.23.56.40.40

05.23.56.61.61

Fax: 05.23.56.60.60

KHOURIBGA

# مصحة المرجان

الحي الإداري

الهاتف: 05.23.56.40.40

05.23.56.61.61

الفاكس: 05.23.56.60.60

خريطة

Le 10/10/2025

Nom: EL MJARBER

REYRANE

20500

- Tevonic 500

29.70 x 2 15 10 + 7 7

- Azix 500

49.80 15 10

- Flagyl 500

29.60 15 10 + 2 10 + 10 7

- Nizol 500

22.60 15 10

- Sporan 500

22.20 15 10

- Clarith 500

61.80 15 10

- Aerius

39.70 15 10

- Frulsho 500

T: 590, 10 10 10 + 10 10

LOT: 206308  
PER: 10/2025

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20

P.P.V. 49DH00



6 118000 060062

Pharmacie de l'Hôpital  
Docteur en Pharmacie  
N° 17, Rd de l'Hôpital, Quartier  
Khouribga, Tél: 05 23 45 36 73

Pharmacie de l'Hôpital  
Docteur en Pharmacie  
N° 17, Rd de l'Hôpital, Quartier  
Khouribga, Tél: 05 23 45 36 73

# Fucidine® 2% crème



Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau. Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement prescrit, ne le donnez à personne d'autre. Vous risqueriez de lui causer tort, même si elle présente les mêmes symptômes que vous.

## ◆ IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

FUCIDINE® 2 pour cent, crème.

COMPOSITION	Centésimale	Par tube de 15 g
Acide fusidique	2 g	300 mg
Excipients q.s.p.	100 g	15 g

Liste des excipients : butylhydroxyanisole, sorbate de potassium, alcool cétylique, glycérol, paraffine liquide, polysorbate 60, vaseline, eau purifiée. Tube de 15 g.

Ce médicament est un ANTIBIOTIQUE À USAGE TOPIQUE (D : Dermatologie).

## ◆ DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est un antibiotique.

Il est préconisé dans les infections cutanées dues à certains germes (staphylocoques et streptocoques).

## ◆ ATTENTION !

### CONTRE-INDICATIONS

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

- allergie à l'acide fusidique ou à l'un des excipients,
  - infections mammaires lors de l'allaitement en raison du risque d'absorption du produit par le nouveau-né.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### MISES EN GARDE SPÉCIALES

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS.

### PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

- La crème ne doit pas être appliquée sur l'œil.
  - Ne pas utiliser la crème sur de trop grandes surfaces, en particulier chez le nourrisson.
- EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

### GROSSESSE - ALLAITEMENT

En cas d'allaitement, ne pas appliquer sur le sein.  
D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

### EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR CERTAINS PATIENTS

Butylhydroxyanisole, sorbate de potassium.

## ◆ COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

### POSOLOGIE

Une ou deux applications par jour après nettoyage de la surface infectée.

Limiter le traitement à une semaine, à titre indicatif.

DANS TOUTS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

### MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie cutanée, application locale avec ou sans pansement. Éviter l'application en couche épaisse.

Cette présentation sous forme de crème est plus particulièrement adaptée aux lésions suintantes, macérées et dans les plis.

## ◆ EFFETS INDÉSIRABLES

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAÎNER DES EFFETS PLUS OU MOINS GÊNANTS :

Dans certains cas, il est possible que survienne un eczéma allergique avec parfois des lésions éloignées du lieu de traitement :

il faut **immédiatement arrêter le traitement** et avertir votre médecin.

En fonction de l'absorption du produit à travers la peau, en particulier chez le nourrisson, la possibilité d'effets non souhaités au niveau du foie ne peut être exclue.

SIGNALEZ À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÉNANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.

## ◆ CONSERVATION

NE PAS DÉPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT

### PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION

À conserver à température ambiante (inférieure à 25 °C).

### ◆ CONDITION DE DÉLIVRANCE :

CE MÉDICAMENT EST INSCRIT EN LISTE I

VOTRE PHARMACIEN NE POURRA VOUS EN DELIVRER QUE SUR ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

CE MÉDICAMENT VOUS A ÉTÉ PERSONNELLEMENT PRESCRIT DANS UNE SITUATION PRÉCISE :

- IL PEUT NE PAS ÊTRE ADAPTÉ À UN AUTRE CAS

- NE PAS LE REUTILISER SANS AVIS MÉDICAL

- NE PAS LE CONSEILLER À UNE AUTRE PERSONNE

Fabriquée sous licence par **POLYMÉDIC**

Rue Amyot d'Inville, Quartier Arsalane - Maroc

Dr. M. HOUBACHI : Pharmacien Responsable

**Fucidine® 2%**  
crème Tube de 15 g

39,70



## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### Dénomination

SPASFON, suppositoire

### Composition

Phloroglucinol hydraté ..... 150,00 mg  
quantité correspondant en phloroglucinol  
anhydre à ..... 116,70 mg  
Triméthylphloroglucinol ..... 150,00 mg  
pour un suppositoire  
Excipients : glycérides hémisynthétiques  
solides

### Forme pharmaceutique

Suppositoire  
Boîte de 8

### Classe pharmaco-thérapeutique

ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE  
(A : appareil digestif et métabolisme)  
(G : système Génito-urinaire)

### Nom et adresse de l'exploitant

Cephalon France  
20 rue Charles Martigny  
94700 MAISONS-ALFORT (France)

## DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est indiqué dans le traitement des douleurs spasmodiques de l'intestin, des voies biliaires, de la vessie et de l'utérus.

## ATTENTION !

### Dans quel(s) cas ne pas utiliser ce médicament (Contre-indications)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'allergie à l'un des composants.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### Précautions d'emploi

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### Mises en garde spéciales

L'ASSOCIATION DE PHLOROGLUCINOL DES ANTALGIQUES MAJEURS TELS QUE MORPHINE OU SES DERIVES DOIT ETRE EN RAISON DE LEUR EFFET SPASMOGENE

### Interactions médicamenteuses et autres interactions

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

### Grossesse - Allaitement

L'utilisation de ce médicament ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire. L'administration de ce médicament est déconseillée chez la femme qui allaite.

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

## COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

### Posologie

3 suppositoires par jour

### Mode et voie d'administration

Voie rectale

## EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAÎNER DES EFFETS PLUS OU MOINS GÉNANTS :

- Manifestations cutanéo-muqueuses et allergiques : éruption, rarement urticaire, exceptionnellement œdème de Quincke, hypotension artérielle, choc anaphylactique.

SIGNALER A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÉNANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.

## CONSERVATION

NE PAS DÉPASSER LA DATE LIMITE FIGURANT SUR



22,60

# NIDAZOL®

(Métronidazole)

Comprimés et ovules

## Composition :

- Comprimés à 250 mg	Métronidazole : .....250 mg
	Excipients q.s.p : .....1 comprimé
	Excipients à effet notoire : lactose
- Comprimés à 500 mg	Métronidazole : .....500 mg
	Excipients q.s.p : .....1 comprimé
	Excipients à effet notoire : lactose
- Ovules à 500 mg	Métronidazole : .....500 mg
	Excipients q.s.p : .....1 ovule

## Propriétés :

Le Métronidazole dérivé Nitro-5 imidazole est doué d'une double activité :

- Bactéricide sur les bactéries anaérobies strictes
- Parasiticide à l'égard des Trichomonas vaginalis, Giardia intestinalis, Entamoeba histolytica.

## Indications et posologie :

- Amibiase : pendant 7 jours.
  - \* Adultes : 1,50 g par jour en 3 prises.
  - \* Enfants : 30 à 40 mg / Kg / jour en 3 prises
- Lambliaze : pendant 5 jours.
  - \* Adultes : 0,750 g à 1 g par jour.
  - \* Enfants : de 2 à 5 ans : 250 mg/j (1 comprimé à 250 mg).
  - de 5 à 10 ans : 375 mg/j (1 comprimé et demi à 250 mg).
  - de 10 à 15 ans : 500 mg/j (2 comprimés à 250 mg).
- Trichomonase :
  - \* Chez la femme (Urétrites et vaginites à trichomonas) : 2 g en une seule prise (4 comprimés à 500 mg) ou traitement mixte de 10 jours comprenant 500 mg par jour par voie orale en 2 prises et 1 ovule par jour. Le partenaire doit être traité.
  - \* Chez l'homme (urétrites à trichomonas) : 2 g en une seule prise ou 500 mg par voie orale en 2 prises pendant 10 jours.
- Vaginites :  
500 mg 2 fois par jour pendant 7 jours, un traitement local (1 ovule / jour) peut être associé au traitement par voie orale.
- Infections à germes anaérobies :
  - \* Adultes : 1 g à 1,5 g par jour.
  - \* Enfants : 20 à 30 mg / Kg / jour.
- Chimio prophylaxie chirurgicale :
  - \* Adultes : 500 mg toutes les 8 heures et ceci 48 heures avant l'intervention.
  - \* Enfants : 20 à 30 mg / Kg / jour.

## Contre-indications :

Hypersensibilité aux imidazolés.

## Précautions d'emploi :

- Pendant le premier trimestre de la grossesse et au cours de la période de lactation, il est conseillé, par mesure de prudence, d'éviter l'administration orale de métronidazole.
- Eviter les boissons alcoolisées pendant la durée du traitement.

## Effets indésirables :

- Ils sont rares :
- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, anorexie;
- Signes cutanéomuqueux : urticaire, bouffissures;
- Céphalées, vertiges;
- Leucopénies.

## Formes et présentations :

- Comprimés dosés à 250 mg
- Comprimés dosés à 500 mg
- Ovules dosés à 500 mg

## Conservation :

- Ovules : A conserver à une température

## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

**Tavanic® 250 mg** comprimé pelliculé  
**Tavanic® 500 mg** comprimé pelliculé  
lévofloxacine

**SANOFI** 

**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 ou votre pharmacien.
- 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 ou à votre pharmacien. 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 Tavanic et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Tavanic
3. Comment prendre Tavanic
4. Quels sont les effets indésirables éventuels
5. Comment conserver Tavanic
6. Contenu de l'emballage et autres informations

### 1. QU'EST-CE QUE TAVANIC ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ

Ce médicament s'appelle Tavanic. Il contient une substance active appelée lévofloxacine. Celle-ci fait partie des médicaments connus sous le nom d'antibiotiques et appartient plus précisément à la famille des quinolones. Elle agit en détruisant les bactéries responsables de certaines infections dans votre organisme.

Tavanic permet de traiter les infections touchant :

- les sinus
- les bronches/poumons, chez les personnes atteintes de maladies respiratoires chroniques ou de pneumonie
- les voies urinaires, y compris les reins et la vessie
- la prostate, en cas d'infection persistante
- la peau et les tissus sous-cutanés, y compris les muscles (ces parties sont aussi appelées « tissus mous »).

Dans certaines circonstances, Tavanic peut être prescrit pour diminuer le risque de contracter la forme pulmonaire de la maladie du charbon après une exposition au bacille du charbon ou encore pour réduire le risque d'aggravation de la maladie.

- 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 souffrez d'une myasthénie (grande faiblesse musculaire).

Si vous n'êtes pas certain(e) que l'un des cas ci-dessus vous concerne, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre Tavanic.

### Autres médicaments et Tavanic

Si vous prenez ou avez pris récemment d'autres médicaments, ou si vous envisagez d'en prendre, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien, car Tavanic peut modifier l'action des autres médicaments. Inversement, certains médicaments peuvent influencer le mode d'action de Tavanic.

**Informez votre médecin en particulier si vous prenez l'un des médicaments ci-après; car le risque d'effets indésirables peut augmenter quand ces médicaments sont utilisés au cours du traitement par Tavanic :**

- Les corticoides, 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 fénibène, le kétoprofène et l'indométacine, 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 cardiaque tels que la quinidine, l'hydroquinidine le sotalol, le dofétilide ou l'ibutilide), les tricycliques tels que l'amitriptyline ou les bactériennes (antibiotiques de la famille l'érythromycine, l'azithromycine ou la tétracycline (certains psychotropes).
- Le probénécide, utilisé pour traiter la goutte, car il peut réduire la dose si votre fonction rénale est altérée.
- La cimétidine, contre les ulcères et les brûlures d'estomac, car elle est susceptible de réduire la dose si votre

Si l'un des cas ci-dessus vous concerne, consultez votre médecin.

**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 500mg, cp pel b7  
P.P.V. : 205,00 DH





**AERIUS®**  
**5 mg**

comprimés pelliculés

desloratadine  
voie orale.

**15** comprimés  
pelliculés



أيريوس®  
**5 ملغ**

أقراص ملبسة

ديسلوراتادين  
عن طريق الفم

**15** أقراص  
ملبسة

LOT: 075-2  
PER: JUN 2021  
PPV: 61 DH 80





# AZIX

Azithromycine

**500 mg**

Voie orale

PPV : 79DH70  
PER : 08/24  
LOT : K2173





# AZIX

Azithromycine

**500 mg**

Voie orale

PPV : 79DH70  
PER : 08/24  
LOT : K2173



# كودوليب

بارا اصيلطامول و كودينين

Codoliprane®

Paracétamol 400 mg

Phosphate de codeïne 20 mg

16 COMPRIMES SECABLES



b

82

PPV:22DH20

PER:10/23

LOT:K2726

