

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Declaration de Maladie

N° W21-710558

Courrier

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 284 Société : ND 26299

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDOURO ABDELMALEK

Date de naissance : 19.02.42

Adresse : LPT B8 Secteur 7 HAY RIAD Rabat

Tél. : 0661 191065 Total des frais engagés : 1496,50 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina
Institut National d'Oncologie Sidi Mohamed
Ben Abdellah
Chef de Service d'Anesthésie Réanimation

Date de consultation : 12/07/22 BELKHADIR Zakaria H.

Nom et prénom du malade : Bendouro Abdelmalek Age : 1942

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

Nature de la maladie : Infarction vinals

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 : Rabat Le : 10/08/22

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-710558

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 : 284

Nom de l'adhérent : BENDOURO

Total des frais engagés : 1496,50

Date de dépôt : 10/08/22

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/02/22 | Cs | | | INP : Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina Institut National d'Oncologie Ben Abdellah Chef de Service d'Anesthésie Réanimation Pr BELKHADIR |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE BENI SNASSEN Av. Mehdi Ben Barka (Face INEJ) Souissi - RABAT Tél : 05 37 75 76 72 INPE : 102015096 | 19/17/2022 | 1056,50 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| LAM RADI Tél : 00468526200044 INPE : 103060677 | 19/07/22 | B 380 | 440,00 Dd |

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.

Important :

Veuillez 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 0000000</td> <td>21433552 0000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000 35533411</td> <td>0000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 0000000 | 21433552 0000000 | D | G | 0000000 35533411 | 0000000 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 0000000 | 21433552 0000000 | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | |
| | 0000000 35533411 | 0000000 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] 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



Rabat, le 19/07/2022

Ordonnance

Mr. BENDOURO Abdelmalek

1 x 72000

1. MOVFOR

4cp / 12h pendant 5j

2 x 11000

2. DOLIPRANE 1g

1cp / 8h

1 x 18200

3. PULMOFLUIDE

1 càs / 8h

4. VITA C 1000

1cp / 12h

2 x 63,00

5. MACROMAX 500mg (2 boîtes)

1cp/j le premier jour puis 1/2 cp/j pendant 8j

1 x 123,60

6. INEXIUM

1 cp / 12h pendant 4j puis 1cp/j

1 x 60,90

7. ZINASKIN

2 cp / j le matin

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou al ouassim roches
noues casablanca
INEXIUM
40 mg
Boîte 14
641150MP/21MRQ P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020607

1056,56

PHARMACIE
BENI SNASSEN
Av. Mehdi Ben Barka (Face INEJ)
Sobieski - RABAT
Tél.: 05 37 75 76 72
INPE : 102015096

Centre Hospitalier-Universitaire Ibn Sina
Institut National d'Oncologie Sidi Mohamed
Ben Abdellah
Chef de Service d'Anesthésie Réanimation
Pr BELKHADIR Zakaria H.



101241248

Macromax®

Azithromycine

POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE - POUDRE

COMPOSITION ET PRESENTATION :

Azithromycine (DCI) dihydrate
Comprimés 500 mg, boîte de 3 comprimés
Poudre pour sachet à 100 mg par voie orale, b
Poudre pour sachet à 200 mg par voie orale, b
Poudre pour sachet à 300 mg par voie orale, b
Poudre pour sachet à 400 mg par voie orale, b
Poudre pour suspension buvable 200 mg/5 ml,
Poudre pour suspension buvable 200 mg/5 ml,
Liste des excipients à effet notoire : saccharose

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Elles sont limitées aux infections dues aux germ
- Angines : en alternative au traitement de réf
ne peut être utilisé.
- Surinfections des bronchites aiguës.
- Exacerbations des bronchites chroniques.
Il convient de tenir compte des recommandatio
appropriée des antibactériens.

CONTRE-INDICATIONS :

Absolues :

- Antécédents de réaction allergique à l'azithromycine ou à tout autre macrolide.
- Alcaloïdes de l'ergot de seigle (dihydroergotamine, ergotamine), cisapride.

Relatives :

Agonistes dopaminergiques (bromocriptine, cabergoline, pergolide)

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 manifestations allergiques survenues 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

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Prévenir le médecin traitant en cas de :

- Insuffisance hépatique,
- prise concomitante d'autres médicaments,
- antécédents allergiques,
- manifestations cutanées à l'origine allergique.



Macromax®

Azithromycine

POUDRE POUR SUSPENSION BUVALE - POUDRE

COMPOSITION ET PRESENTATION :

Azithromycine (DCI) dihydrate

Comprimés 500 mg, boîte de 3 comprimés

Poudre pour sachet à 100 mg par voie orale, b

Poudre pour sachet à 200 mg par voie orale, b

Poudre pour sachet à 300 mg par voie orale, b

Poudre pour sachet à 400 mg par voie orale, b

Poudre pour suspension buvable 200 mg/5 ml,

Poudre pour suspension buvable 200 mg/5 ml,

Liste des excipients à effet notoire : saccharose

Macromax®

Macromax 500mg
Boîte de 3 comprimés



INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Elles sont limitées aux infections dues aux germ

- Angines : en alternative au traitement de réf

ne peut être utilisé.

- Surinfections des bronchites aiguës.

- Exacerbations des bronchites chroniques.

Il convient de tenir compte des recommandatio

appropriée des antibactériens.

LOT : 5157
UT. AV : 11-23
P.P.V : 63 DH 00

3 أقراص

CONTRE-INDICATIONS :

Absolues :

- Antécédents de réaction allergique à l'azithromycine ou à tout autre macrolide.

- Alcaloïdes de l'ergot de seigle (dihydroergotamine, ergotamine), cisapride.

Relatives :

Agonistes dopaminergiques (bromocriptine, cabergoline, pergolide)

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 manifestations allergiques survenues 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

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Prévenir le médecin traitant en cas de :

- Insuffisance hépatique,

- prise concomitante d'autres médicaments,

- antécédents allergiques,

- manifestations cutanées à l'origine allergique.

PULMOFLUIDE® SIMPLE, solution buvable
(Eucalyptol, Terpène, Benzoate de sodium, Guaiifénésine)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. Si vous avez toute autre question, si vous avez un problème avec ce médicament vous a été personnellement prescrit, si vous êtes enceinte ou si vous allaitez, cela pourrait lui être nocif. Si l'un des effets indésirables devient grave, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV :

18,00

pulmofluide®
simple

Pulmofluide® simple

Solution buvable 150 ml



6 118000 080343

1. Composition du médicament :

• Les substances actives sont :

Eucalyptol.....
Terpène.....
Benzoate de sodium.....
Guaiifénésine.....

• Excipients :

Acide benzoïque (E210), saccharose, alcool éthylique, Saccharose, Sodium, Alcool éthylique, Jaune d'oeuf.

2. Classe pharmacothérapeutique ou le type de médicament :

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : E01AC06. Ce médicament est un modificateur des sécrétions bronchiques.

3. Indications thérapeutiques :

Ce médicament est utilisé chez l'adulte pour traiter le crachant les sécrétions bronchiques).

4. Posologie :

Respecter toujours la posologie et la durée de traitement.

En cas de doute, consulter votre médecin ou votre pharmacien.

Ce médicament est réservé à l'adulte : 1 cuillère à soupe, 3 fois par jour.

Ce médicament vous a été personnellement délivré dans une situation précise :

- Il peut ne pas être adapté à un autre cas,
- Ne pas le conseiller à une autre personne.

Mode et voie d'administration :

Voie orale.

Durée du traitement :

Ne pas dépasser 8 à 10 jours de traitement sans avis médical.

5. Contre-indications :

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

N'utilisez jamais PULMOFLUIDE SIMPLE, solution buvable :

- si vous êtes allergique aux substances actives ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique Contre-indications.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin, en cas de traitement par :

- les médicaments provoquant une réaction antabuse (chaleur, rougeur, vomissement, palpitations) avec l'alcool,
- les médicaments sédatifs,
- certains médicaments anti-dépresseurs (IMAO non sélectifs),
- l'insuline,
- certains médicaments hypoglycémisants (metformine, sulfamides hypoglycémisants).

En cas de doute, ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

6. Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Possibilité de troubles digestifs (douleurs de l'estomac, nausées, vomissements, douleurs abdominales).

En raison de la présence de dérivés terpéniques et en cas de non-respect des doses préconisées :

- risque de convulsions chez le nourrisson et chez l'enfant,
- possibilité d'agitation et de confusion chez les sujets âgés.

Déclaration des effets secondaires :

La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament.

7. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi :

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre PULMOFLUIDE SIMPLE, solution buvable.

Mises en garde spéciales :

Ce médicament contient de l'éthanol jusqu'à 2,3g par dose. L'utilisation de ce médicament est dangereuse chez les sujets alcooliques et doit être prise en compte chez les femmes enceintes ou allaitantes, les enfants et les groupes à haut risque tels que les insuffisants hépatiques ou les épileptiques.

Un avis médical est nécessaire :

pharmacien.
symptômes

ice, parlez-en

0,0100 g
0,2500 g
2,0000 g
0,2000 g

purifiée.

cultés à rejeter en

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

La substance active est : paracétamol (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose mais pré-gélatinisé, acide stéarique

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est utilisé pour traiter la fièvre telles que maux de tête, érythème, règles douloureuses. Il peut également soulager les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'usage adulte.

Lire attentivement la rubrique "Posologie". Pour les enfants de moins de 16 ans, ne pas prendre de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS À RETENIR POUR PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé en cas d'allergie connue au paracétamol, maux de tête.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

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 pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

Doli

PARACÉTAMOL

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 comprimés



PPV: 14DH00

PER: 06/25

LOT: L1941



Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé

La substance active est : paracétamol (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose mais pré-gélatinisé, acide stéarique

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est utilisé pour traiter la fièvre telles que maux de tête, érythème, règles douloureuses. Il peut également soulager les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'usage adulte.

Lire attentivement la rubrique "Posologie". Pour les enfants de moins de 16 ans, ne pas prendre de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS À RETENIR POUR PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé en cas d'allergie connue au paracétamol, maux de tête.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

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 pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

Doli

PARACÉTAMOL

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 comprimés



PPV: 14DH00

PER: 06/25

LOT: L1941



ZINASKIN®

(Sulfate de zinc)

Saccharose : 0,350 g par comprimé chez les patients diabétiques.
- Prises d'autres médicaments (Informez votre médecin ou pharmacien récemment pris ou pourriez prendre particulièrement le fer, le calcium, les

ZINASKIN® 45 mg

DENOMINATION DU

ZINASKIN® 45 mg, comprimés effervescent

Veuillez lire attentivement de prendre ce médicament importantes pour vous

- Gardez cette notice, ve
- Si vous avez d'autres q
- votre médecin ou à votre
- Ce médicament vous a
- pas à d'autres personne
- signes de leur maladie so
- Si l'un des effets indésira
- un effet indésirable non n
- votre médecin ou à votre

PPV 40DH90

EXP 12/2024

LOT 18066 71

20 comprimés

ZINASKIN® 45 mg

20 comprimés effervescent



6 118000 032090

مخابر المستحضرات الصيدلانية
DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

Lapropharm
للإسروان

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que ZINASKIN® 45 mg, comprimés effervescent quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser ZINASKIN® 45 mg, comprimés effervescent ?
3. Comment utiliser ZINASKIN® 45 mg, comprimés effervescent ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver ZINASKIN® 45 mg, comprimés effervescent ?
6. Informations supplémentaires.

1- QU'EST-CE QUE ZINASKIN® 45 mg, COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

- Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité

Classe pharmacothérapeutique : Autres préparations à usage systémique.

Code ATC : D10BX (D : Dermatologie).

Ce médicament contient du zinc.

- Indications thérapeutiques

- Acné,
- Séborrhée,
- Pelade,
- Chute de cheveux,
- Psoriasis,
- Aphotose,
- Eczéma atopique ou chronique.

2- QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE ZINASKIN® 45 mg, COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ?

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

- Ne prenez jamais ZINASKIN® 45 mg, comprimés effervescent (Contre-indications)

Si vous êtes allergique à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.

- Faites attention avec ZINASKIN® 45 mg, comprimés effervescent (Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi)

• Afin d'obtenir une absorption maximale, ZINASKIN® doit être pris à distance des repas.

• Ce médicament contient 413,71 mg de sodium par comprimé effervescent. A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

• En raison de la présence du saccharose, ce médicament ne peut être administré en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase.

• Saccharose.

3 - COMMENT PRENDRE ZINASKIN® 45 mg, COMPRIMÉS EFFERVESCENTS ?

- Instruction pour un bon usage

Veillez à toujours utiliser ce médicament en suivant les instructions de cette notice ou les conseils du pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

- Posologie, mode et/ou voie d'administration et durée du traitement

Posologie :

Dans tous les cas, se conformer aux recommandations de votre médecin. A titre indicatif, la posologie recommandée est de 1 comprimé effervescent par jour.

ZINASKIN® peut être utilisé lors d'un traitement à long terme.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Dissoudre le comprimé effervescent dans un verre d'eau. A prendre à distance des repas (à jeun), car le bol alimentaire ralentit l'absorption du médicament.

- Si vous avez pris plus de comprimés effervescent que vous n'auriez dû en cas de surdosage

Consultez immédiatement votre médecin ou pharmacien.

- Si vous oubliez de prendre un comprimé effervescent (Conduite à tenir en cas d'oubli)

Ne prenez pas de dose double. Si vous avez oublié de prendre un comprimé effervescent, ne prenez pas de dose double.

- Si vous arrêtez de prendre un comprimé effervescent (Risque de syndrome de sevrage)

Sans objet.

4 - QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne sont pas très fréquents. Chez tout le monde.



HETERO

4 x 10 Capsules

Batch No.:M0L21011B

Mfg. Date:14/12/2021

Exp. Date:13/12/2022

PPV :720 DH 00



Royaume du Maroc المملكة المغربية
Ministère de la santé وزارة الصحة

المركز الإستشفائي ابن سينا
Centre Hospitalier Ibn Sina

المعهد الوطني للانكولوجيا
سيدي محمد بن عبد الله

Institut National d'Oncologie
Sidi Mohamed Ben Abdellah

Rabat, le 18/07/2022

Ordonnance

Mr. BENDOURO Abdelmalek

Faire SVP PCR COVID 19

Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina
Institut National d'Oncologie Sidi Mohamed
Ben Abdellah
Chef de Service d'Anesthésie Réanimation
Pr BELKHADIR Zakaria H.



101241248



L.A.M. RIAD

13, Angle Avenue Almelia et rue Meziata - Hay Riad
(City Center - ACIMA) - RABAT

Tél : 05 37 71 05 06 / 05 37 57 23 23 - Fax : 05 37 71 50 60

Site-Web : www.laboriad.ma - E-mail : laboratoireriad@gmail.com

FACTURE N° : 220702724

Rabat le 19-07-2022

Mr Abdelmalek BENDOURO

Date de l'examen : 19-07-2022

Analyses :

| Récapitulatif des analyses | | | |
|----------------------------|---------------------|------|-------|
| CN | Analyse | Val | Clefs |
| PS | Prélèvement sanguin | E20 | E |
| 0216 | Numération formule | B80 | B |
| 0370 | CRP | B100 | B |
| | D-Dimères | B200 | B |

Total des B : 380

TOTAL DOSSIER : 440.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent quarante dirhams .

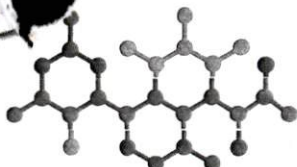
LAM RIAD
ICE : 001685262000044
INPE : 103060877

CODE INPE



103060877

Patente N°: 25993558 - CNSS: 9114357- IF:3349086 RIB:013 810 01214 000040 001 27 94 BMCI RYAD NAKHIL -
ICE: 001685262000044 - INPE: 103060877



LABORIAD

CENTRE DE BIOLOGIE RIAD

Dr Jalil ELATTAR
Médecin Biologiste

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

مركز التحليلات الطبية الرياض

CENTRE DE BIOLOGIE RIAD

Page 1 / 2

Edité le 19-07-2022 à 15:42

Prescripteur :

EXAMEN du 19-07-2022

Mr BENDOURO Abdelmalek

Code Patient :2207152226

Né(e) le : 19-02-1942



Prélevé le : 19-07-2022 à 11:49

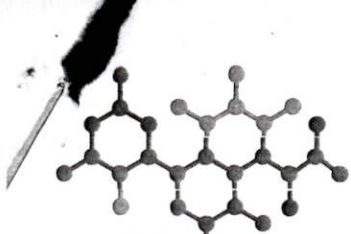
HEMATOLOGIE

(Fluorescence en Cytométrie de Flux sur SYSMEX-XN 1000)
ETUDE DE LA LIGNEE ERYTHROCYTAIRE

| | | | |
|---------------|-------------|-------------------|---------------|
| Hématies : | 4.520 | M/mm ³ | (4.500-5.800) |
| Hémoglobine : | <u>13.0</u> | g/dL | (13.5-17.5) |
| Hématocrite : | <u>39.4</u> | % | (40.0-50.0) |
| VGM : | 87.2 | μ ³ | (82.0-98.0) |
| CCMH : | 33.0 | % | (32.0-36.0) |
| TCMH : | 28.8 | pg | (>27.0) |
| RDW : | 14.4 | % | (12.0-16.0) |

ETUDE DE LA LIGNEE LEUCOCYTAIRE

| | | | |
|----------------------|-------|-----------------------|--------------------------------|
| Leucocytes : | 4.500 | /mm ³ | (4.000-10.000) |
| Poly. Neutrophiles : | 46.3 | % soit 2 084 | /mm ³ (1 800-7 500) |
| Poly. Eosinophiles : | 0.9 | % soit <u>41</u> | /mm ³ (100-400) |
| Poly. Basophiles : | 0.2 | % soit 9 | /mm ³ (<200) |
| Lymphocytes : | 36.4 | % soit 1 638 | /mm ³ (1 000-4 500) |
| Monocytes : | 16.2 | % soit 729 | /mm ³ (200-1 000) |
| Plaquettes | 219 | Mille/mm ³ | (150-400) |
| VMP | 10.8 | fl | (6.9-10.8) |



LABORIAD

CENTRE DE BIOLOGIE RIAD

Dr Jalil ELATTAR
Médecin Biologiste

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

مركز التحليلات الطبية الرياض

CENTRE DE BIOLOGIE RIAD

2207192149 – Mr Abdelmalek BENDOURO

Page 2 / 2

MARQUEURS CARDIAQUES

D-DIMERES

(Technique ELFA VIDAS)

406.87 ng/mL

(<500.00)

Interprétation:

Le dosage des D-Dimères est utilisé pour l'exclusion de l'Embolie Pulmonaire à un Seuil < 500 µg/L.
A noter que les D-Dimères augmentent chez le sujet agé, après 70 ans (Seuil < 700 µg/L) et chez les personnes alitées.

Les D-Dimères augmentent aussi pendant la Grossesse avec un Seuil à 1500 µg/L jusqu'à 3000 µg/L au 9^{ème} mois.

PROTEINES SPECIFIQUES

C.R.P US

(Immunoturbidimétrie Beckman Coulter)

28.30 mg/L

(<5.00)

Remarques:

La Procalcitonine (PCT) est disponible, elle permet:

- 1- Diagnostic précoce de l'infection bactérienne systémique, du sepsis et de la défaillance multi-viscérale.
- 2- Indication de la sévérité et du pronostic de l'infection.
- 3- Diagnostic différentiel entre infection bactérienne et infection virale.
- 4- Diagnostic différentiel entre infection systémique et maladie inflammatoire aiguë.
- 5- Surveillance de la survenue d'infection chez les patients à haut risque (transplantés, immunosuppression,...).

Demande validée biologiquement par Dr. Jalil EL ATTAR



Dr Jalil ELATTAR
13, Angle Avenue Almelia
et Rue Meziata Hay Riad-RABAT
Tél : 05 37 71 05 06
05 37 57 23 23
Fax : 05 37 71 50 60

13, Angle Avenue Almelia et rue Meziata - Hay Riad

(City Center - ACIMA) - RABAT

Tél : 05 37 71 05 06 / 05 37 57 23 23 - Fax : 05 37 71 50 60

E-mail : contact@laboriad.ma - Site-Web : www.laboriad.ma

Urgences
24H-7J/7



Rabat, le 19/07/2022

Ordonnance

Mr. BENDOURO Abdelmalek

Faire SVP :

- NFS
- D-Dimères
- CRP

LAM RIAD
ICE : 001685262000044
INPE : 03060877

Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina
Institut National d'Oncologie Sidi Mohamed
Ben Abdellah
Chef de Service d'Anesthésie Réanimation
Pr BELKHADIR Zakaria H.



101241248

COMPTE RENDU D'ANALYSE DE LABORATOIRE

N° d'identité : A15655

(National ID)

Date de naissance : 10/02/1942

(Date of birth)

Sexe : M

(Gender)

Date de prélèvement : 18/07/2022 10:02

(Specimen collection date)

Edité le : 18/07/2022 16:59

(Print date)

BENDOURO ABDELMALEK

(Nom – Prénom / Last name – First name)

Dossier N° : 07370117

(LIS identifier)

Laboratoire : Institut national d'hygiène

(Laboratory name)



5125015

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

COVID-19 DEPISTAGE

| | | |
|-----------------------|---|--------------------------|
| Nature de prélèvement | : | Ecouvillon naso-pharyngé |
| Technique | : | RT-PCR |
| Conclusion | : | Positif |

La sensibilité des Tests RT—PCR utilisés pour le SARS—CoV2 varie selon le type de prélèvement et la période à laquelle celui—ci est effectué au cours de la maladie. Un résultat négatif doit être interprété avec précaution, et en cas de symptomatologie évocatrice, une infection au SARS—Cov2 ne peut être totalement exclue



Validation biologique sur SIL

(Biological validation on LIS)

18/07/2022 ? 16:59

Signature

Par le Biologiste Sur LIS

Laboratoire d'analyses médicales - INH