

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.



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

Decompte de remboursement
148644

Déclaration de Maladie : N° S19-0000519

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **11049** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **KARROUN YOUSSEF** Date de naissance : **02/11/62**

Adresse :

Tél. : **0727 752671** Total des frais engagés : **320,90** 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 : **CASABLANCA** Le : **02/02/2023**

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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 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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

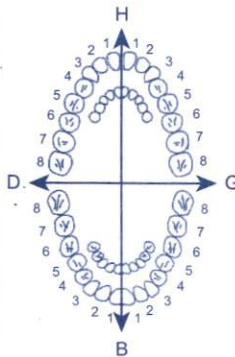
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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		
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> B 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> B 00000000 11433553 </div> </div>		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"/>	
(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



تامين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : Wafa Assurance / 1049 /

CONTRAT N° : 9000 60 / 648100

NOM DE L'ASSURE : RABAOUA SIHAM

CERTIFICAT N° : 6824315 MATRICULE:

BENEFICIAIRE : KARROUMI ZINEB

DATE DE LA DECLARATION : 16/01/2023

DECLARATION N° : 21598722 /

DATE DE REMBOURSEMENT : 23/01/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
1	Consultation	150.00		150.00		85.0%	127.50
15	Pharmacie	176.90		176.90		85.0%	150.37
TOTAUX		326.90		326.90			277.87
OBSERVATIONS :							

* La cotation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

ETABLIR UNE DECLARATION PAR PERSONNE MALADE

- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.
- La déclaration doit être accompagnée de toutes pièces justificatives, (Ordonnances médicales prescrivant les médicaments ou tout examen de radiologie et laboratoire, etc...)
- Les vignettes ou à défaut les prospectus et les P.P.M. concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- Lorsque la personne soignée bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.
- Tous certificats, note d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'un sinistre sont conservés par l'assureur.
- **Soins dentaires** : Pour les extractions multiples de plus de 5 dents, les soins spéciaux, paradontoses et radios (plus de 2 par séance). Une entente préalable est obligatoire.
- **En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale** : la déclaration de maladie doit être accompagnée d'une facture détaillée et acquittée sur laquelle devront être précisés : la cotation des actes la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de fournitures pharmaceutiques.
- **Délai de remise des pièces** : Toutes pièces concernant un sinistre, doivent être remises à l'assureur au plus tard, dans les trente jours qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement.
- L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance.
- **Protection des données personnelles**
Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré /souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

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

Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

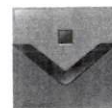
L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la Boîte Postale 16193 ou par e-mail : conformite@wafaassurance.co.ma

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

Vérifiez avant l'envoi que rien n'a été omis, vous éviterez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.

VOLET DÉTACHABLE



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ARDELMOUJEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 000083736000004
S.A. au capital de 350.000.000 dh - Entreprise régie par la loi n° 17.99 portant code des assurances
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE : 21598722

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté : 659

Nom et prénom de l'assuré

KARAOUA SIHAM

Type de déclaration

☒ Médical

☐ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

326,90 dh

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

16 oct 2023

Nom et prénom du malade :

Karroum Zineb

Âge

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfants

Nature de la maladie :

Angine

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

Signature de l'assuré

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

CERTIFICAT N°

KARAOUA ZINEB

16/10/2023

21598722



تأمين الوفاء
Wafa Assurance



Dr. Abdessamad ELAKROUD

Omnipraticien
Médecin d'Urgence

Casablanca le 16/01/2013

PHARMACIE ACHIR
Rue 19 Mars 1914
101 Bd EL Oudjda 101 Mars
Tél : 05 22 52 82 50



Karroumi Zineb

74,80

2) Sepren

S.V

60,12

4) Hbail

S.V

1 x 2j

1 x 3

74,20

2) De lipren

S.V

1 x 3

176,20

28,00

3) Muscl + stodac

S.V

1 x 3

Dr. ELAKROUD
Médecin Généraliste



IP: 3400931000679

M2030207

03/2027

**BOTTU SA
PPV: 28 DH 00**

SIROP

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament.
Elle contient des informations importantes pour votre traitement.
Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent après 3 jours, consultez un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien. Voir rubrique 4.

Dans cette notice :

- 1- Qu'est-ce que **STODAL, sirop** et dans quels cas est-il utilisé ?
- 2- Quelles sont les informations à connaître avant de prendre **STODAL, sirop** ?
- 3- Comment prendre **STODAL, sirop** ?
- 4- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- 5- Comment conserver **STODAL, sirop** ?
- 6- Informations supplémentaires

1- QU'EST-CE QUE STODAL, sirop ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Médicament homéopathique traditionnellement utilisé dans le traitement de la toux.

2- QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE STODAL, sirop ?

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

Faites attention avec STODAL, sirop :

En raison de la présence de saccharose, ce médicament est déconseillé chez les personnes présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en

sucrase/isomaltase (maladies héréditaires rares).

Ce médicament contient 1,74% V/V d'éthanol (alcool).

Ce médicament contient du saccharose : en tenir compte dans la ration journalière en cas de régime pauvre en sucre ou de diabète.

Une dose de 5 ml contient 0,069 g d'éthanol et 3,75 g de saccharose.

Une dose de 15 ml contient 0,206 g d'éthanol et 11,25 g de saccharose.

L'utilisation de ce médicament est dangereuse chez les sujets alcooliques et doit être prise en compte chez les femmes enceintes ou allaitant, les enfants et les groupes à haut risque tels que les insuffisants hépatiques ou les épileptiques.

Compte tenu de la présence de PULSATILLA 6 CH dans la formule, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'otite ou de sinusite, sans avis médical.

Informations importantes concernant certains composants de STODAL, sirop

Excipients à effet notoire : saccharose, éthanol.

3- COMMENT PRENDRE STODAL, sirop ?

Voie orale.

Doliprane® 1

PARACÉTAMOL

Comprimé

PPV: 14DH00
PER: 10/25
LOT: L3548

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC 90 (1111,11 mg), pour un comprimé.
Les autres composants sont : croscarmellose sodique, providone K30, amidon de maïs pré-gélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

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

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :
allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES 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.



Maxilase®

MAUX DE GORGE

ADULTE ALPHA-AMYLASE 3000 U. CEIP

Distribué sous licence
par LAPROPHAN
21, rue des Oudaya
CASABLANCA - Maroc

PPV:
60DH10

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

- Ce médicament peut être utilisé en automédication, c'est à dire utilisé sans consultation ni prescription d'un médecin.
- Si les symptômes persistent, au delà de 5 jours, s'ils s'aggravent ou si de nouveaux symptômes apparaissent, demandez l'avis de votre pharmacien ou de votre médecin.
- Cette notice est faite pour vous aider à bien utiliser ce médicament. Gardez-la, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- NE LAISSEZ PAS CE MÉDICAMENT À LA PORTEE DES ENFANTS

Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que MAXILASE MAUX DE GORGE ALPHA-AMYLASE 3000 U. CEIP, comprimé enrobé et dans quels cas est-il utilisé
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre MAXILASE MAUX DE GORGE ALPHA-AMYLASE 3000 U. CEIP, comprimé enrobé
3. Comment prendre MAXILASE MAUX DE GORGE ALPHA-AMYLASE 3000 U. CEIP, comprimé enrobé
4. Quels sont les effets indésirables éventuels
5. Comment conserver MAXILASE MAUX DE GORGE ALPHA-AMYLASE 3000 U. CEIP, comprimé enrobé
6. Informations complémentaires.

1. QU'EST-CE QUE MAXILASE MAUX DE GORGE ALPHA-AMYLASE 3000 U. CEIP, comprimé enrobé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ

Classe Pharmacothérapeutique
ENZYMES A VISEE ANTI-INFLAMMATOIRE.

Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué chez l'adulte dans les maux de gorge peu intenses et sans fièvre.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE MAXILASE MAUX DE GORGE ALPHA-AMYLASE 3000 U. CEIP, comprimé enrobé

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

Contre-indications

Ne prenez jamais MAXILASE MAUX DE GORGE ALPHA-AMYLASE 3000 U. CEIP, comprimé enrobé dans le cas suivant :

- Antécédents d'allergie à l'alpha-amylase ou à l'un des composants du comprimé.

Faites attention avec MAXILASE MAUX DE GORGE ALPHA-AMYLASE 3000 U. CEIP, comprimé enrobé :

Mises en garde spéciales

L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares). L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose ou un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucraase-isomaltase (maladies héréditaires rares).

Ce médicament contient un agent colorant azoïque (E110, jaune orangé 5) et peut provoquer des réactions allergiques.

Précautions d'emploi

Il existe une forme sirop plus adaptée à l'enfant.

En cas de survenue de signes généraux d'infection comme : fièvre élevée (> 38,5°) et persistante (plus de 3 jours), apparition d'autres symptômes comme : maux de gorge ou de tête importants, nausées, vomissements, douleur ou écoulement de l'oreille, douleur de la face, persistance des symptômes sans amélioration au delà de 5 jours.

CONSULTEZ VOTRE MÉDECIN

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Grossesse et allaitement

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car il lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

Allaitement

L'utilisation de ce médicament est à éviter pendant l'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander avis à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre un médicament.

Liste des excipients à effet notoire : jaune orangé 5 (E110), saccharose, lactose.

3. COMMENT PRENDRE MAXILASE MAUX DE GORGE ALPHA-AMYLASE 3000 U. CEIP, comprimé enrobé

Posologie

RESERVE A L'ADULTE

1 comprimé 3 fois par jour au cours des repas.

Mode d'administration

Voie orale.

Avaler le comprimé, sans le croquer, avec un verre d'eau.

Durée de traitement

Ne prolongez pas le traitement au-delà de 5 jours sans avis médical.

En l'absence d'amélioration comme en cas de persistance des symptômes, prenez un avis médical.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS

Comme tous les médicaments, MAXILASE MAUX DE GORGE ALPHA-AMYLASE 3000 U. CEIP, comprimé enrobé est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

En raison de la présence d'alpha-amylase, rares réactions d'allergie, généralement cutanées, en particulier urticaire et œdème de Quincke, dans ces cas, arrêtez le traitement.

Possibilité de survenue d'une gêne respiratoire (bronchospasme).

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

NOTICE - INFORMATION DE L'UTILISATEUR
SEPCEN® 250 mg, SEPCEN® 500 mg et SEPCEN® 750 mg
Boîte de 10 comprimés pelliculés
D.G.I. : Ciprofloxacine

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Voir la rubrique 4.

• Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que SEPCEN® et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre SEPCEN® ?
3. Comment prendre SEPCEN® ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver SEPCEN® ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE SEPCEN® ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : Fluoroquinolone - code ATC : J01MA02.

SEPCEN® contient une substance active, la ciprofloxacine. La ciprofloxacine appartient à la famille des fluoroquinolones. Elle agit en tuant les bactéries responsables des infections. Elle est active uniquement sur certaines souches spécifiques de bactéries.

Chez l'adulte :

SEPCEN® est utilisé chez l'adulte pour traiter les infections bactériennes suivantes :

- Infections des voies respiratoires.
- Infections persistantes ou récurrentes de l'oreille ou des sinus.
- Infections urinaires.
- Infections de l'appareil génital chez l'homme et chez la femme.
- Infections gastro-intestinales et infections intra-abdominales.
- Infections de la peau et des tissus mous.
- Infections des os et des articulations.
- Prévention des infections dues à la bactérie *Neisseria meningitidis*.
- Exposition à la maladie du charbon.

SEPCEN® peut être utilisé dans le traitement de patients présentant un faible taux de globules blancs (neutropénie), et ayant de la fièvre, dont on suppose qu'une bactérie en est la cause. Si vous présentez une infection sévère ou une infection due à différents types de bactéries, un traitement antibiotique supplémentaire pourra vous être prescrit en complément de SEPCEN®.

Chez l'enfant et l'adolescent :

SEPCEN® est utilisé chez l'enfant et l'adolescent, sous le contrôle d'un spécialiste, pour traiter les infections bactériennes suivantes :

- Infections des poumons et des bronches chez l'enfant et l'adolescent atteint de mucoviscidose.
- Infections urinaires compliquées, y compris les infections ayant atteint les reins (pyélonéphrite).
- Exposition à la maladie du charbon.

SEPCEN® peut également être utilisé pour traiter d'autres infections sévères spécifiques de l'enfant et de l'adolescent si votre médecin le juge nécessaire.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE SEPCEN® ?

• Ne prenez jamais SEPCEN® :

- Si vous êtes allergique à la substance active, aux autres quinolones ou à l'un des autres composants contenus dans SEPCEN® (voir rubrique 6).
- Si vous prenez de la tétracycline (voir rubrique 2 : Prise d'autres médicaments).

• Mise en garde et précaution d'emploi :

Consultez votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre SEPCEN® : Vous ne devez pas prendre d'antibiotiques de la famille des fluoroquinolones/quinolones, incluant SEPCEN®, si vous avez déjà présenté un effet indésirable grave dans le passé lors de la prise d'une quinolone ou d'une fluoroquinolone. Si tel est le cas, vous devez en informer votre médecin au plus vite.

Adressez-vous à votre médecin avant de prendre SEPCEN® :

- Si vous avez déjà présenté des problèmes rénaux car il pourra être nécessaire d'adapter votre traitement ;
- Si vous souffrez d'épilepsie ou d'une autre affection neurologique ;
- Si vous avez déjà eu des problèmes aux tendons avec des antibiotiques de la même famille que SEPCEN® ;
- Si vous êtes diabétique parce que la ciprofloxacine risque de vous occasionner une hypoglycémie ;
- Si vous souffrez de myasthénie (maladie rare qui entraîne une faiblesse musculaire) en raison du risque d'aggravation des symptômes ;
- Si vous savez que vous présentez, ou un membre de votre famille présente un déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD), car la ciprofloxacine peut vous occasionner une anémie ;
- Si vous avez reçu un diagnostic d'hypertrophie ou de "renflement" d'un gros vaisseau sanguin (anévrisme aortique ou anévrisme périphérique d'un gros vaisseau) ;
- Si vous avez déjà eu un épisode antérieur de dissection aortique (une déchirure de la paroi aortique) ;
- Si vous présentez des antécédents familiaux d'anévrisme aortique ou de dissection aortique ou de valvulopathie cardiaque congénitale, ou présentez d'autres facteurs de risque ou affections prédisposantes (par exemple, des troubles du tissu conjonctif comme syndrome de Marfan ou le syndrome d'Ehlers-Danlos, le syndrome de Turner, le syndrome de Sjögren (une maladie auto-immune inflammatoire), ou des troubles vasculaires comme l'artérite de Takayasu, l'artérite à cellules géantes, la

Précaution la prise de SEPCEN®

Prenez SEPCEN® immédiatement

prenez SEPCEN®. Votre

• Réaction allergique à

première dose, il s'agit

manifeste par les sy

évanouissements, ou se

arrêtez de prendre SEPCEN®

• Effets indésirables d

antibactériens de type I

indésirables très rares

années, invalidantes ou

les muscles et les arti

sensations anormales

engourdissement ou im

de la vue, du goût, de l'

intense et de trouble de

Si vous présentez l'un d

de votre traitement au m

• Un douleur et un gonf

tendons peuvent survie

ans), si vous avez eu u

traitement par des corti

premières 48 heures du

Des les premiers signes

du poignet, du coude, d

et mettez le membre at

rupture d'un tendon.

• Si vous ressentez une

qui peuvent être des

immédiatement au berr

avec des corticostéroïdes

• Si vous ressentez sou

lit, ou si vous remarq

nouvelle apparition de

vous devez en inform

• Si vous souffrez d'épi

accident vasculaire cére

produire. Si tel était vo

• Dans de rares cas, u

sensation de brûlure, d

survenir, en particulier

de prendre SEPCEN® e

un état potentiellement

• Des réactions psychi

soffrez de dépression

SEPCEN®. Si cela se p

• Les antibiotiques de

sucre dans le sang au d

sucre dans le sang en d

hypoglycémique) dans le

est important à prendre

sucré dans le sang d

• Vous pouvez souffrir d

plusieurs semaines apr

de ces diarrées, ou s

immédiatement de pre

médicaments vient à b

• Si vous avez des tri

immédiatement un opht

• Votre peau devient i

SEPCEN®. Évitez de vo

eux utilisés dans les ca

• Si vous devez subir u

laboratoire d'analyse q

• Si vous avez des p

éventuellement être ad

• SEPCEN® peut provo

de l'appétit, le larmoi

arrêtez de prendre SEPCEN®

• SEPCEN® peut entr