

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.



191400

Déclaration de Maladie : N° S19-0002171

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12953

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELNARZOUFI Zineb Date de naissance : 03/03/1987

Adresse : 24, Rue La pyramide ETG 3 App 7 Belevestre

Tél : 0655313605

Total des frais engagés : 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 : Remboursement Complémentaire

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 : 19/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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

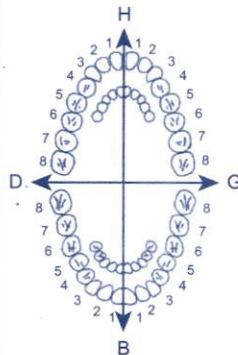
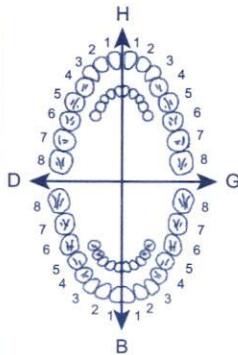
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 canaux, 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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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"/>

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	

DATE DU DEVIS	
------------------	--

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Police N°	: 0600999159	Contractant	: Bsh Electromenagers
Assuré	: Ezzaher Badr	Date de réception de la déclaration	: 15/01/2024
N° Adhésion	: 24	Date de validation	: 17/01/2024
Personne soignée	: Ezzaher Fatima Zahra	Date de survenance	: 06/01/2024
Sinistre N°	: 5847473	Déclaration N°	: 18047209A
Bordereau N°	: 945464	Médecin Traitant	: *****

Nature de soins	Frais engagés (Dh)	Coefficient	Valeur	Base de remboursement (Dh) (a)	Frais remboursés par le premier assureur (Dh)	Taux de remboursement (b)	Frais remboursés (Dh) (c)=(a)*(b)
CONSULTATION / SPECIALISTE	250,00	NA	NA	250,00	0,00	85 %	212,50
MEDICAMENTS	289,80	NA	NA	289,80	0,00	90 %	260,82
Totaux (Dh)	539,80			539,80			473,32

Nom du gestionnaire : TAYTAY KHALID**Date de l'édition : 19-01-2024**

(a) Si la nature du soin correspond à une prestation avec une valeur clé (dentaire, analyses, etc.), la base de remboursement est le produit du coefficient de remboursement par la valeur clé. Si la nature du soin ne correspond pas à une prestation avec valeur clé, la base de remboursement est issue de la Nomenclature générale des actes professionnels marocaine.

(b) Le taux de remboursement est le taux de couverture garanti défini pour chaque prestation dans le contrat.

(c) Les frais remboursés ne peuvent pas dépasser le solde restant du plafond général ou le solde restant du plafond de la prestation.

Assurance Non-Vie | Assurance Vie

Sanlam Maroc | 216, Bd Zerktouni | CP : 20060 | Casablanca, Maroc

Sanlam Maroc - société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances. RC Casablanca : 22.341. CNSS : 167.8541 - Taxe professionnelle : 355.11.249
IF : 01084025 - ICE : 000230054000034

T +212 522 47 40 40
F +212 522 26 55 58
sanlam.ma

M

I group

S

et par maladie

ter les cachets
les noms et les
aire) inscrits de

compagnée de
médicaments,
ainsi que toutes

malade doivent
ns eux-mêmes,

lie doivent être
is au plus tard

circonstances,

concernant les
nances.

urgicale, la
ipagnée d'une
e devront être
ation des frais
ion et le détail

onnances remis
la Compagnie.

● Tout dossier retourné pour complément d'informations doit être retransmis à la Compagnie dans un délai d'un mois.

● Pli confidentiel : dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, en préciser la nature sous pli cacheté à l'attention du médecin-conseil de la Compagnie.

● L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance du nouveau né.

● Lorsque la personne bénéficie d'un premier remboursement auprès d'un régime de prévoyance, l'assuré(e) doit remettre à la Compagnie les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.

● Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'assuré doit produire annuellement un certificat de scolarité correspondant à l'année d'assurance considérée.

● Dans le cas où le conjoint de l'assuré ne bénéficierait d'aucun régime de prévoyance, demander le questionnaire relatif à la prise en charge du conjoint et/ou des enfants. Ce document doit nous être retourné dûment rempli et accompagné des pièces justificatives nécessaires.

● Réclamations : toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la date de dépôt du dossier maladie.

● Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la Loi.

rance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n°99-17° portant code des assurances * siège social
2.341. CNSS : 167.8541 * Taxe professionnelle : 355.11.249 - IF : 01084025 - ICE : 000230054000034 * Tél : 0522 43 56 00 * Fax : 0522 20 60 81



SAHAM
Assurance

member of Sanlam group

Déclaration de maladie N° 18047209

A

Maladie ☐

Maternité ☐

Optique ☐

Traitements spéciaux ☐

Société contractante

Société contractante :

N° de police :

N° d'adhésion :

N° d'adhésion du conjoint :

Cachet de la société contractante

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : EZZAHER Prénom(s) : BADA

N° de C.I.N : BE464557 Date de naissance : 28.08.1980

Adresse : 24 Rue Pyramide BELVEDERE

Ville : CASABLANCA

Montant des frais engagés : 539,80 DH N° GSM : 0620260074

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 08.01.2024

Signature de l'assuré(e)

Clause « 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.
L'assureur garantit notamment le respect de la loi n°09-09° 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 siège social de SAHAM Assurances, sis au 216, Boulevard Zerktouni - 20000 CASABLANCA - Tél. : 00 56 43 0522 - MAROC.
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.

SAHAM Assurance, Société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n°99-17° portant code des assurances * siège social
216, Boulevard Zerktouni - 20000 Casablanca Maroc * RC Casablanca : 22.341. CNSS : 167.8541 * Taxe professionnelle : 355.11.249 - IF : 01084025 - ICE : 000230054000034 * Tél : 0522 43 56 00 * Fax : 0522 20 60 81

Police n° :

Adhésion n° :

VOLET DÉTACHABLE

Déclaration de maladie N° 18047209

Police n° :

Adhésion n° :

ce.ma

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : F-ZAHRA Prénom(s) du patient : F-ZAHRA
 Date de naissance : 01/01/1990 Lien de parenté avec l'assuré(e) : Affectueux
 Nature de la maladie : CR
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : cas
 Fait à : cas, le 01/01/24

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
01/01/24	1	CR	250 DH	

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
06/01/24	289.80	PHARMACIE du CONSEIL 637, Bd Mohamed V (Face Ex. Marché Crio) Tél : 05.22.24.94.80 - Casablanca

Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Sign

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis ☐ Nombre de séances : Établi le :
 Facture ☐ Nombre de séances : Établi le :

Date des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires	Sig N° d'
	AM	PC	IM	IV		

Cadre réservé à SAHAM Assurance

Médecin conseil	
-----------------	--

Docteur Khattabi Chakib

Spécialiste Pédiatrie

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris



لدكتور خطابي شكيب

اختصاصي في أمراض الأطفال

خريج كلية الطب بباريس

ملحق سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca, le : الدار البيضاء في

EZZAHEN E. Zahy

135,00

Rinolent

1 boîte /

PHARMACIE du CONSEIL
637, Bd. Mohamed V
Racc Ex. Marché (V)
Tél: 05.22.24.94.80 - Casablanca

2 mois

37,00

ALC 2

1 boîte /

58,90 x 2 sachet enfant

289,80

1 sachet x 3, 8, 12 ans

DR. KHATTABI CHAKIB
PÉDIATRE
630 Bd Mohamed V - Casablanca
Tél: 05.22.24.94.80 - Gsm: 06.61.33.25.56

625, شارع محمد الخامس - الطابق الثاني - رقم 16 - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 24 61 14 - المتنقل 06 61 33 25 56

625, Bd. Mohamed V - 2^{ème} Etage N° 16 - Casablanca - Tél. 05 22 24 61 14 - GSM: 06 61 33 25 56

Rinoclenil 100 microgrammes

suspension pour pulvérisation nasale

dipropionate de béclométhasone

Rinoclenil 100µg
رينوكلينيل 100مى

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT :
Rinoclenil ® 100 microgrammes, suspension pour pulvérisation
Dipropionate de béclométhasone

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
Si vous avez toute autres questions, si vous avez un doute, demandez-les à votre médecin ou à votre pharmacien.
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait leur nuire.
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 à votre pharmacien.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT :
100 ml de suspension contiennent :
Dipropionate de béclométhasone (DCI)77,00 mg
Excipients : Polysorbate 20, cellulose microcristalline et carboxyméthylcellulose, chlorure de benzalkonium, alcool phényléthylrique, dextrose (gélifié), purifiée.

Liste des excipients à effet notoire
chlorure de benzalkonium

3. CLASSE PHARMACO THERAPEUTIQUE :
Glucocorticoïde à activité décongestionnante nasale, usage topique

4. INDICATIONS :
RINOCLENIL doit être administré exclusivement par voie nasale

5. POSOLOGIE :
Il faut en tout cas suspendre le traitement et mettre en œuvre une thérapie adéquate.
Chez les enfants qui reçoivent des traitements au long cours avec des corticostéroïdes systémiques, il est conseillé de vérifier la bonne croissance staturale.
Bien que RINOCLENIL contrôle les symptômes de la rhinite allergique, un stimulus anormalement élevé d'allergènes peut nécessiter un traitement supplémentaire approprié, en particulier pour contrôler les symptômes.
Le remplacement du traitement corticostéroïde systémique par RINOCLENIL requiert de la prudence, surtout s'il y a lieu de craindre une compromission de la fonction surrénalienne est présent.
Il est important de prendre la dose de médicament conformément à la prescription du médecin. N'utiliser que la dose de médicament prescrite ; l'utilisation de doses supérieures ou inférieures peut causer des symptômes.

MISES EN GARDE SPECIALES
RINOCLENIL ne doit pas être utilisé après des traumatismes chirurgicaux au niveau du nez (tant que la guérison n'est pas obtenue) ou d'ulcérations nasales, sauf prescription médicale.
Chez les patients traités par corticostéroïdes systémiques, le traitement doit être suivi sous le contrôle du médecin.
Ne pas utiliser pendant plus d'un mois sans consulter le médecin.
L'emploi excessivement prolongé de corticostéroïdes topiques peut entraîner une suppression temporaire de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien, insuffisance surrénalienne secondaire.
Les infections des voies nasales et des sinus paranasaux doivent être traitées convenablement, mais elles ne constituent pas une contre-indication à l'utilisation de RINOCLENIL.

Chez les patients particulièrement sensibles ou prédisposés à cause de traitements récents aux stéroïdes systémiques, ou en cas de surdosage de béclométhasone par voie nasale par rapport à ce qui est conseillé, des effets systémiques (ostéoporose, ulcère peptique, signes d'insuffisance surrénalienne secondaire) peuvent se produire.

Rinoclenil 100µg
Suspension pour pulvérisation nasale
Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem
P.P.V. 1350DH00

Ne pas dépasser les doses prescrites
لا تتجاوز الجرعات المحددة
Tableau A (Liste 1)
جدول أ (اللائحة 1)

PUSH

Rinoclenil 100µg
رينوكلينيل 100مى
Béclométhasone dipropionate

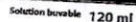
Fabriqué par: Chiesi Farmaceutici S.p.A.
Via San Leonardo 96, 43100 Parma-Italie.
Distribué par: PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem-Maroc

Dichlorhydrate de cétirizine

• Si l'un des effets indésirables devient grave ou si remarquez un effet indésirable non mentionné dans notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

vous devez passer des tests pour le diagnostic de l'allergie,

UT. AV.:



Adultes et adolescents de plus de 12 ans :
la dose recommandée est de 10 mg une fois par jour, soit 10 ml

- Somnolence
- Sensations vertigineuses, mi-

100 mg and 100 mg per day, both 10 ml



SOCLAV® 100 mg/ 12,5 mg Nourrison,
poudre pour suspension
buvable en flacon de 30 ml.

SOCLAV® 100 mg/ 12,5 mg Enfant,
poudre pour suspension buvable
en flacon de 60 ml.

SOCLAV® 500 mg/ 62,5 mg Enfant,
poudre pour suspension buvable
en sachet-dose, boîtes de 12 et de 16.

SOCLAV® 1 g/ 125 mg Adulte,
poudre pour suspension buvable
en sachet-dose, boîtes de 12, 16 et de 24.
Amoxicilline / Acide clavulanique : 8/1

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre le 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, demandez plus d'informations à votre médecin ou à 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 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 à votre pharmacien.

Que contient cette notice ?

1. QU'EST-CE QUE SOCLAV ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE SOCLAV ?
3. COMMENT PRENDRE SOCLAV ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER SOCLAV ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES.

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

Classe pharmacothérapeutique : Association de pénicillines, y compris inhibiteurs de la bêta-lactamase - code ATC : J01CR02.

SOCLAV est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections. Il contient deux molécules différentes, appelées amoxicilline et acide clavulanique. L'amoxicilline appartient à un groupe de médicaments appelés « pénicillines », qui peuvent parfois arrêter d'être efficaces (être inactives). L'autre constituant actif (l'acide clavulanique) empêche cette inactivation.

SOCLAV est utilisé chez les nourrissons, les enfants et les adultes pour traiter les infections suivantes :

- Infections de l'oreille moyenne et des sinus,
- Infections des voies respiratoires,
- Infections des voies urinaires,
- Infections de la peau et des tissus mous, incluant les infections dentaires,
- Infections des os et des articulations.

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

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

Ne prenez / ne donnez jamais SOCLAV à votre enfant :

- Si vous êtes / votre enfant est allergique (hypersensible) à l'amoxicilline, à l'acide clavulanique, à la pénicilline ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament mentionnés dans la rubrique 6.
- En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartame.
- Si vous avez / votre enfant a déjà présenté une réaction allergique grave (d'hypersensibilité) à un autre antibiotique. Ceci peut inclure une éruption cutanée ou un gonflement du visage ou de la gorge.
- Si vous avez / votre enfant a déjà eu des problèmes au foie ou développé un ictère (jaunissement de la peau) lors de la prise d'un antibiotique.

Ne prenez / ne donnez pas SOCLAV à votre enfant nourrisson si vous êtes dans

une situation où des analyses de sang doivent être réalisées.
SOCLAV peut influencer sur l'action du méthotrexate (ur cancer ou les maladies rhumatismales).
SOCLAV peut influencer sur l'action du mycophénolate (rejet de greffe d'organes).

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous êtes une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Conduite de véhicules et utilisation de machines
SOCLAV peut provoquer des effets indésirables susceptibles de nuire à la conduite de véhicules et à l'utilisation de machines.

Ne conduisez pas et n'utilisez pas de machines si vous présentez les effets indésirables suivants :

- SOCLAV 500 mg/ 62,5 mg Enfant et SOCLAV 1 suspension buvable en sachet-dose contiennent du sucre de phénylalanine. Celle-ci peut être nocive maladie appelée « phénylcétonurie ».
- SOCLAV contient de la maltodextrine (glucose). Il est déconseillé chez les patients présentant un syndrome du glucose et du galactose.

3. COMMENT PRENDRE SOCLAV ?

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin ou votre pharmacien. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Posologie

Adultes et enfants de 40 kg et plus :

SOCLAV 1 g/ 125 mg Adulte.

Dose habituelle : 1 sachet trois fois par jour.

Dose inférieure : 1 sachet deux fois par jour.

Enfants pesant moins de 40 kg :

SOCLAV 100 mg/ 12,5 mg NOURRISSON ;

SOCLAV 100 mg/ 12,5 mg ENFANT ;

SOCLAV 500 mg/ 62,5 mg ENFANT ;

Toutes les doses sont établies en fonction du poids :

• Votre médecin vous indiquera la quantité de SOCLAV à prendre.

• Dose recommandée : 40 mg/5 mg à 80 mg/10 mg p





SOCLAV® 100 mg/ 12,5 mg Nourrison,
poudre pour suspension
buvable en flacon de 30 ml.

SOCLAV® 100 mg/ 12,5 mg Enfant,
poudre pour suspension buvable
en flacon de 60 ml.

SOCLAV® 500 mg/ 62,5 mg Enfant,
poudre pour suspension buvable
en sachet-dose, boîtes de 12 et de 16.

SOCLAV® 1 g/ 125 mg Adulte,
poudre pour suspension buvable
en sachet-dose, boîtes de 12, 16 et de 24.
Amoxicilline / Acide clavulanique : 8/1

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre le 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, demandez plus d'informations à votre médecin ou à 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 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 à votre pharmacien.

Que contient cette notice ?

1. QU'EST-CE QUE SOCLAV ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE SOCLAV ?
3. COMMENT PRENDRE SOCLAV ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER SOCLAV ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES.

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

Classe pharmacothérapeutique : Association de pénicillines, y compris inhibiteurs de la bêta-lactamase - code ATC : J01CR02.
SOCLAV est un antibiotique qui tue les bactéries responsables des infections. Il contient deux molécules différentes, appelées amoxicilline et acide clavulanique. L'amoxicilline appartient à un groupe de médicaments appelés « pénicillines », qui peuvent parfois arrêter d'être efficaces (être inactives). L'autre constituant actif (l'acide clavulanique) empêche cette inactivation.

SOCLAV est utilisé chez les nourrissons, les enfants et les adultes pour traiter les infections suivantes :

- Infections de l'oreille moyenne et des sinus,
- Infections des voies respiratoires,
- Infections des voies urinaires,
- Infections de la peau et des tissus mous, incluant les infections dentaires,
- Infections des os et des articulations.

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

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

Ne prenez / ne donnez jamais SOCLAV à votre enfant :

- Si vous êtes / votre enfant est allergique (hypersensible) à l'amoxicilline, à l'acide clavulanique, à la pénicilline ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament mentionnés dans la rubrique 6.
- En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartame.
- Si vous avez / votre enfant a déjà présenté une réaction allergique grave (d'hypersensibilité) à un autre antibiotique. Ceci peut inclure une éruption cutanée ou un gonflement du visage ou de la gorge.
- Si vous avez / votre enfant a déjà eu des problèmes au foie ou développé un ictère (jaunissement de la peau) lors de la prise d'un antibiotique.

Ne prenez / ne donnez pas SOCLAV à votre enfant / nourrisson si vous êtes dans

un traitement / sont pris avec SOCLAV, des analyses sanguines doivent être requises.
SOCLAV peut influencer sur l'action du méthotrexate (un médicament utilisé pour le cancer ou les maladies rhumatismales).
SOCLAV peut influencer sur l'action du mycophénolate mofétil (un médicament utilisé pour le rejet de greffe d'organes).

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien.

Conduite de véhicules et utilisation de machines :

SOCLAV peut provoquer des effets indésirables susceptibles de réduire votre capacité à conduire un véhicule ou à utiliser des machines si vous ne vous sentez pas bien. Ne conduisez pas et n'utilisez pas de machines si vous ne vous sentez pas bien.

Liste des excipients à effet notoire :

- SOCLAV 500 mg/ 62,5 mg Enfant et SOCLAV 1 g/ 125 mg Adulte : suspension buvable en sachet-dose contenant de l'Aspartame (source de phénylalanine). Celle-ci peut être nocive chez les personnes atteintes de phénylcétonurie.
- SOCLAV contient de la maltodextrine (glucose). L'utilisation de SOCLAV est déconseillée chez les patients présentant un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose.

3. COMMENT PRENDRE SOCLAV ?

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin / votre pharmacien. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Posologie

Adultes et enfants de 40 kg et plus :
SOCLAV 1 g/ 125 mg Adulte :

Dose habituelle : 1 sachet trois fois par jour.
Dose inférieure : 1 sachet deux fois par jour.

Enfants pesant moins de 40 kg :

SOCLAV 100 mg/ 12,5 mg NOURRISSON :

SOCLAV 100 mg/ 12,5 mg ENFANT :

SOCLAV 500 mg/ 62,5 mg ENFANT :

Toutes les doses sont établies en fonction du poids de l'enfant.

• Votre médecin vous indiquera la quantité de SOCLAV à administrer.
• Dose recommandée : 40 mg/5 mg à 80 mg/10 mg par kg de poids corporel.

