

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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 : ELNARZOUQUI Zinel Date de naissance : 03/03/1987

Adresse : 24, Rue La pyramide ETG 3 Appt 7 Belvédère

Tél. : 0655313605 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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) :



RELEVE 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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a circular arrangement of 16 numbered circles (1 through 8) connected by arrows forming a cycle. The circles are arranged in two concentric layers. The outer layer contains circles labeled 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. The inner layer also contains circles labeled 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. Arrows indicate a clockwise flow from one circle to the next. The entire arrangement is centered around a vertical axis with a double-headed arrow pointing upwards, labeled 'H' at the top, and downwards, labeled 'B' at the bottom. To the left of the diagram is a double-headed arrow labeled 'D' (horizontal), and to the right is a double-headed arrow labeled 'G' (vertical).

[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

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.



group

!S
et par maladie

ter les cachets
les noms et les
aire) inscrits de

compagnée de
médicaments,
ainsi que toutes

malade doivent
eux-mêmes,

lie doivent être
is au plus tard

circonstances,

concernant les
nances.

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

onnances remis
la Compagnie.

rance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n99-17 portant code des assurances * siège social 216, Boulevard Zerkouni - 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° :



SAHAM
Assurance

member of Sanlam group

Déclaration de maladie N° 18047209

A

Maladie

Maternité

Optique

Traitements spéciaux

Société contractante

Société contractante :

Cachet de la société contractante

N° de police :

N° d'adhésion :

N° d'adhésion du conjoint :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : EZZAHER

Prénom(s) : BADA

N° de C.I.N : BE 764557

Date de naissance : 28.08.1982

Adresse : 24 Rue Pyramide BELVEDERE

Ville : CASABLANCA

Montant des frais engagés : 539,80

DH N° GSM : 0620.26.00.74

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 pour 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 n99-09 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 Zerkouni - 20000 Casablanca Maroc. De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospection commerciale 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 n99-17 portant code des assurances * siège social 216, Boulevard Zerkouni - 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

VOLET DÉTACHABLE
Déclaration de maladie N° **18047209**

Police n° :
Adhésion n° :

ce.ma

À remplir par	Rens
Nom du patient	
Date de naissance	
Nature de la maladie	
S'il s'agit d'un ad	

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : 22 AHE / C

Prénom(s) du patient : F-2 AW A/J

Date de naissance :

lien de parenté avec l'assuré(e).

Nature de la maladie :

Lectures on

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :

Fait à : cosa

le 610112-1

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.
19/11/2014	1	CA	250 DH	<i>Dr. V. Cespedes</i> 19/11/2014
				<i>DR. V. Cespedes</i> 19/11/2014

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Pochette du pharmacien attestant le paiement de la facture
06.01.2024	289.80 Tél	PHARMACIE du CONSEIL 637, Bd Mohammed V (Face EX. Marché Cris) 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
Facture

Nombre de séances : Etabli le :
Nombre de séances : Etabli 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



لـدكتور خطابي شـكـيب

اختصاصي في أمراض الأطفال

خرج كلية الطب بباريس

ملحق سابقاً بمستشفيات باريس

الدارالبيضاء في: Casablanca, le ٢٦ ٢٠٠٣

EZZAHAZ F. Zahra

135^o Rinocerone

adults / children

77^o Ale 2

58,90^o Sodav enfant

289,80 sachet x 3,8

PHARMACIE du CONSEIL
637, Bd. Marché
Place 05.22.24.94.80.
Mohamed V, Casablanca

DR. KHAITABI CHAKIB
625 Bd Mohamed V - Casablanca
Tél: 0522 24 61 14 GSM: 0661 33 25 56

شارع محمد الخامس - الطابق الثاني - رقم 16 - الدارالبيضاء - الهاتف: 05 22 24 61 14 - التلفن: 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 bêclométasone

Rinoclenil 100 μ g
رينوكلينيل 100 مغ

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT :

Rinoclenil® 100 microgrammes, suspension pour pulvérisation

Veuillez lire attentivement l'avis.

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre la relire. Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui faire l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez que ce médicament devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné ci-dessus, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT :

100 ml de suspension contiennent :

Dipropionate de bêclométasone (DCI) 77,00 mg
Excipients : Polysorbate 20, cellulose microcristalline et carbonate de magnésium, chlorure de benzalkonium, alcool phénylethylique, dextrose (g), purifiée.

Liste des excipients à effet notoire

3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

CLASSE PHARMACO THERAPEUTIQUE :

4. INDICATIONS

5. POSOLOGIE :

RINOCEROS FNII. doit être

Exercice 1 Écoutez et répétez les mots suivants avec l'extension de la voie nasale.

Il faut en tout cas suspendre le traitement et mettre en œuvre une thérapie symptomatique. Chez les enfants qui reçoivent des traitements au long cours avec un stérane nasal, il est conseillé de vérifier la bonne croissance statutaire, 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 crises d'asthme. Le remplacement du traitement corticostéroïde systémique par RINOCLENIL requiert de la prudence, surtout s'il y a lieu de croire à une décompensation de la fonction surrénaïenne 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.

ISES EN GARDE SPECIAL ES

NOCLENIL ne doit pas être utilisé après des traumatismes chirurgicaux au niveau du nez (tant que la guérison n'est pas complète) ou d'ulcérations nasales, sauf prescription médicale.

chez les patients traités par corticostéroïdes systémiques, le pro-
us le contrôle du médecin.

ne pas utiliser pendant plus d'un mois sans consulter le médecin.
Emploi excessivement prolongé de corticostéroïdes topiques
compression temporaire de l'axe hypothalamo-hypophysio-surréna-
lifissance surrenaliennne secondaire.

RINOCLENI

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

Rinoclemil[®] 100µg
Suspension pour pulvérisation nasale
Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem
P.P.V. 135DH00

Ne pas dépasser les doses prescrites

Rinoclenil 100µg

Béclométhasone dipropionate

Fabriqué par: Chiesi Farmaceutici S.p.A.
Via San Leonardo 96, 43100 Parma-Italie.

Distribué par: PROMOPHARM S.A
Z.I du Sabel, Had Rouad, Maroc

ALER-Z® 5mg/5ml

Solution buvable

Flacon de 120 ml

Dichlorhydrate de céfrizine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la referer.
- Si vous avez d'autres questions, demandez d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament a été prescrit personnellement pour vous. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être 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 :

- Qu'est-ce que ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable et quelles sont les informations à connaître avant de prendre ce médicament ?
- Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable ?
- Comment prendre ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable ?
- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- Comment conserver ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable ?
- Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE ALER-Z® 5 mg/5ml, SOLUTION BUVABLE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : Antihistaminiques à usage systémique, dérivés de la prénazine - code ATC : R03AE07. Le dichlorhydrate de céfrizine est la substance active d'ALER-Z®. ALER-Z® est un médicament utilisé dans le traitement de l'allergie.

Chez l'adulte et l'enfant à partir de 2 ans, ALER-Z® est indiqué dans :

- le traitement des symptômes nasaux et oculaires de la rhinite allergique saisonnière ou perennale ;
- le traitement de l'urticaire.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE ALER-Z® 5 mg/5ml, SOLUTION BUVABLE ?

Ne prenez ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable :

- si vous avez une maladie grave des reins (insuffisance rénale sévère avec une clairance de la créatinine inférieure à 10 ml/min) ;
- si vous êtes allergique au dichlorhydrate de céfrizine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6, à l'hypoxanthine ou aux dérivés de la pipérazine (substances actives appartenant à la famille des médicaments).

Avertissements et précautions

Adresssez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ALER-Z® 5 mg/5ml, solution buvable.

Si vous avez une insuffisance rénale, demandez conseil à votre médecin ; si nécessaire, vous devrez prendre une dose inférieure. La posologie adaptée sera déterminée par votre médecin.

Si vous avez des problèmes pour uriner (en raison de problèmes au niveau de la moelle épinière ou de problèmes de vessie ou de prostate), demandez conseil à votre médecin.

Si vous êtes épileptique ou si vous présentez des risques de convulsions, demandez conseil à votre médecin.

Comme avec tout autre antihistaminique, il est recommandé d'éviter la prise d'alcool avec ALER-Z®.

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

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :



En cas de surdosage, les peuvent apparaitre avec i indésirables tels que vertigineuses, fatigue, céph des pupilles, démangeais stuper, augmentation : tremblements et rétention urinaire.

Si vous oubliez de pren

Ne prenez pas de dose dou

avezoublié de prendre.

Si vous arrêtez de prendre A

Rarement, une réapparition

de l'urticaire est suscep

de prendre ALER-Z®.

Si vous avez d'autres questio

demandez plus d'informatio

pharmaceen.

4. QUELS SONT LES EFFET

Comme tous les médicament

des effets indésirables, i

systématiquement chez tout le

Les effets indésirables suiv

cependant, en cas d'ap

immédiatement votre traitemen

• Réactions allergiques, i

angioédème (réaction allergiq

du visage et de la gorge).

Ces réactions peuvent app

première prise du médicament

Effets indésirables fréquents (pe

• Somnolence

• Sensations vertigineuses, mi

3. COMMENT PRENDRE ALER-Z® 5 mg/5ml, SOLUTION BUVA

Versez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement

les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de douleur.

La solution peut être avalée telle quelle.

Adultes et adolescents de plus de 12 ans :

La dose recommandée est de 10 mg une fois par jour, soit 10 ml



SOCLAV® 100 mg/ 12,5 mg Nourrisson,
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

Veuillez lire attentivement l'intégralité de 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, demandez plus d'informations à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à personne. 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 indiqué non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.



Warenley pour la prise de SOCLAV, ces renseignements doivent être requis.
SOCLAV peut influer sur l'action du méthotrexate (ur cancer ou les maladies rhumatismales).
SOCLAV peut influer sur l'action du mycophénolate de calcium et/ou du rejet de greffe d'organes.

Que contient cette notice ?

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

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 inactivées). 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 A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE SOCLAV ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucre, 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 ou à la pénicilline ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament mentionnés dans la rubrique 6.
- En cas de phénylketonurie (maladie héréditaire déplétive 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 ictere (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

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

Conduite de véhicules et utilisation de machines
SOCLAV peut provoquer des effets indésirables susceptibles de conduire par et n'utilisez pas de machines si vous êtes fatigué(e).

Liste des additifs à effet notable :

- SOCLAV 500 mg/ 62,5 mg Enfant et SOCLAV 1 suspension buvable en sachet-dose contiennent de sources de phénylalanine. Celle-ci peut être nocive pour les personnes atteintes de phénylketonurie.
- SOCLAV contient de la maltodextrine (glucose). L'inconveniente chez les patients présentant un syndrome du glucose et du galactose.

3. COMMENT PRENDRE SOCLAV ?
Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin ou 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 quotidienne : 1 sachet deux fois par jour.
Enfants de 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 ;
• Dose recommandée : 40 mg/5 mg à 80 mg/10 mg p



SOCLAV® 100 mg/ 12,5 mg Nourrisson,
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

Veulliez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.
- Gardez cette notice. Vous pourrez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations 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 A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE SOCLAV ?
3. COMMENT PRENDRE SOCLAV ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER SOCLAV ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES.

1. QU'EST-CE QUE SOCLAV ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
Classe pharmacothérapeutique : Association de pénicillines, y compris inhibiteurs de la béta-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 A 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 phénylcétoururie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartam.
- 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 ictere (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

wanamine / sorbitol avec SOCLAV, des analyses sanguines régulières peuvent être requises.
SOCLAV peut influer sur l'action du méthotrexate (un médicament contre les maladies rhumatismales).
SOCLAV peut influer sur l'action du mycophénolate mofétil (rejet de greffe d'organes).

Grossesse et allaitement
Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez que SOCLAV peut provoquer des effets indésirables susceptibles de réduire la sécurité de l'enfant, consultez votre pharmacien.

Conduite de véhicules et utilisation de machines :
Ne conduisez pas et n'utilisez pas de machines si vous ne vous sentez pas bien.

Liste des excipients à effet notable :

- SOCLAV 500 mg/ 62,5 mg Enfant et SOCLAV 1 g/ 125 mg suspension buvable en sachet-dose, contenant de l'Asparagine, source de phénylalanine. Celle-ci peut être nocive chez les patients atteints de phénylcétoururie.
- SOCLAV contient de la maltodextrose (glucose). L'utilisation 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. En cas de doute, consultez 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 pharmacien vous indiquera la quantité de SOCLAV à administrer.
- Dose recommandée : 40 mg/5 mg à 80 mg/10 mg par kg de