

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

M.E  
1991

**Déclaration de Maladie**

M22- 0008417

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1991 Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ANRI FATIHA

Date de naissance : 20.3.52

Adresse : habituelle

Tél. : 0661314567 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : CASA Le : 17 / 9 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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 Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 31/12/18                       | CGT               | 2 K16                 | 300 dh                          |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |

Cachet et signature du médecin attestant le Paiement des Actes

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                         |          |                       |
|-------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                         | Date     | Montant de la Facture |
| <b>HARMACIE DA</b><br>24, Bis, des Vanneauz<br>Oasis - Casablanca | 29/08/23 | 286,07                |

|                                                                                                                                                          |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                                                                                                | Date |
| <p><b>HARMACIE DAHARMACIE DA</b></p> <p>24, Bis, des Vannoux 24, Bis, des Vannoux</p> <p>Oasis - Casablanca Oasis - Casablanca</p> <p>REP. 9/08/2022</p> |      |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                                                                                                   |          |                                 |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue                                                                     | Date     | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
| <p><b>Dr. Ghizlane</b><br/>Spécialiste en Radiologie<br/>et Imagerie<br/>89, Av. St. Charles<br/>1er étage<br/>Alger 1</p> | 31/08/21 | St. Charles<br>Kousa            | 10000                     |
|                                                                                                                            | 31/08/21 | St. Charles<br>Kousa            | 10000                     |

| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du radiologue | Date     | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|--------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|---------------------------|
|                                                        | 31/08/12 | ob. longh<br>+ ultra            | 10000                     |
|                                                        | 31/08/12 | ob. courty                      | 10000                     |

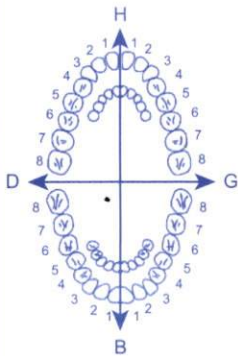
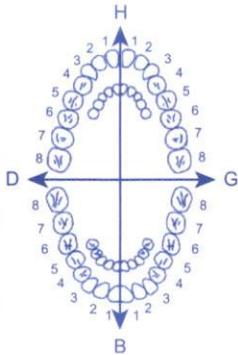
[illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

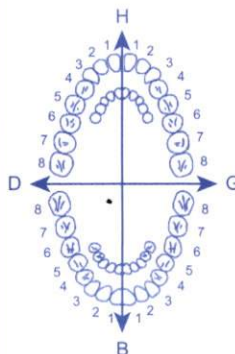
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

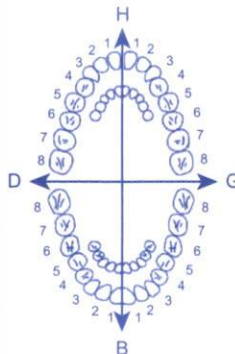
| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Nature des<br>Soins | Coefficient |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |             | <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT<br/>DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS<br/>DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT<br/>D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN<br/>D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |             | <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT<br/>DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS<br/>DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU<br/>DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE<br/>L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> </div> <div style="text-align: center;"> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> <b>B</b><br/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> </div> </div> |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                       | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

| SOINS DENTAIRES                                                                     |  | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|
|  |  |                   |                     |             | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            | MONTANTS<br>DES SOINS |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            | DEBUT<br>D'EXECUTION  |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION         |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |

| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          |                                                                                                                                                                              | DETERMINATION DU CCEFFICIENT<br>MASTICATOIRE |                            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------|--|
|  | <div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D—————G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div> |                                              | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |  |
|                                                                                       | <div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>                                                        |                                              | MONTANTS<br>DES SOINS      |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                              |                                              |                            |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                              |                                              |                            |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                              |                                              |                            |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                              |                                              | DATE DU<br>DEVIS           |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                              |                                              |                            |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                              |                                              |                            |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                              |                                              |                            |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                              |                                              | DATE DE<br>L'EXECUTION     |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                              |                                              |                            |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                              |                                              |                            |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                              |                                              |                            |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le : 31/08/2023

**echodoppler des membres inferieurs ( arteriel et veineux )**

**Mme AMRI FATIHA**

**ECHODOPPLER DES ARTERES CERVICALES**

**RESULTAT :**

**A droite :**

- TABC perméable
- artère sous Clavière modérément infiltrée , sans sténose pas de plaque à son origine
- carotide commune modérément infiltrée PSV= 38 cm/ sec
- plaque échogène régulière, calcifiée du le bulbe de la carotide interne minime sans sténose sur des critères morphologiques et hémodynamiques ( PSV= 37cm/sec , EDV 10 cm/sec )
- pas de plaque à l'origine de la carotide externe sans sténose mais tres atheromateuse
- artère vertébrale perméable / retrouvée en inter transversaire

**A gauche :**

- artère sous Clavière modérément infiltrée , sans sténose ni plaque à son origine
- carotide commune modérément infiltrée
- artere carotide interne percu avec un bon flux ( PSV= 52 cm/sec , EDV= 15 °
- plaque à l'origine de la carotide externe sans sténose
- artère vertébrale perméable , retrouvée en inter transversaire

**Conclusion :**

plaque calcifiée minime du bulbe carotidien droit ( evolutif compartitivement a 2022)

surcharge atheromateuse des 2 axes carotidiens modérée

Absence d'anomalie hémodynamique des artères carotides communes,

**Dr. Ghizlane ABIDI**  
Spécialiste en Pathologie  
Cardiovasculaire  
et Imagerie Vasculaire Non Invasive  
89, Av. Stendhal, 1er Etage N° 1  
Mar Jemil - Marrakech

DR.ABIDI GHIZLANE

Spécialiste En Pathologie Cardiovasculaire

Et Imagerie Vasculaire Non Invasive

89 Avenue Stendhal, N°1 Val Fleuri, Maarif - CASABLANCA

amri fatiha

N° patient

Date de naissance 20.03.1952 (71 Y.)

Sexe Unknown

ECG de repos Évaluation du Th 31.08.2023 11:26

### Données examen

|                |            |
|----------------|------------|
| QRS (ms)       | 89         |
| P (ms)         | 111        |
| PQ (ms)        | 136        |
| QT (ms)        | 380        |
| QTc B. (ms)    | 439 (112%) |
| QTc disp. (ms) | 30         |
| Axe QRS        | 13°        |
| FC             | 80         |
| RR moy (ms)    | 750        |

### Rapport non confirmé

rythme sinusal-cardiaque normal

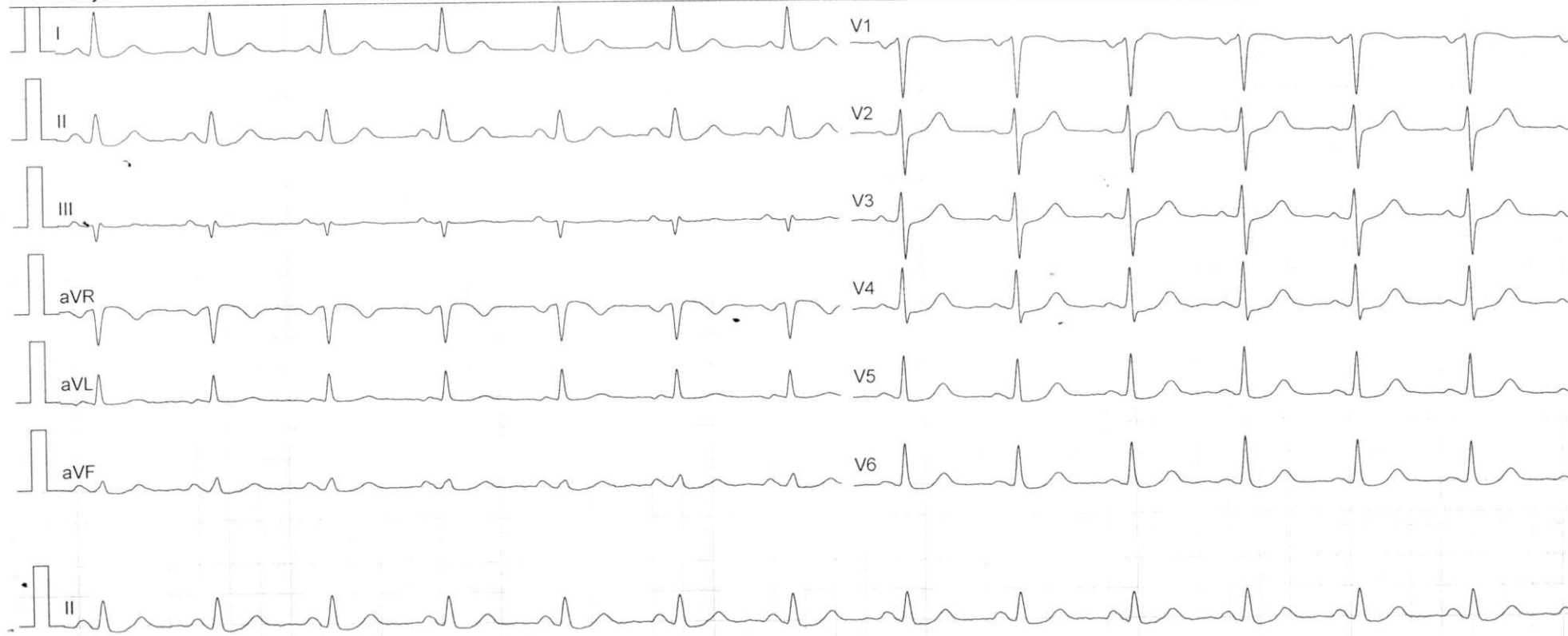
type gauche

ECG normal

Dr. Ghizlane  
Spécialiste en  
Imagerie Vasculaire  
89 Avenue Stendhal, N°1  
Val Fleuri, Maarif -  
Casablanca  
Tél: 05 22 22 22 22

ECG analysé FC: 80

(25 mm/s 10 mm/mV 0.05Hz - 45Hz / 50Hz true wave®)



Casablanca, le : 31/08/2023

## ECHODOPPLER CARDIAQUE

**Mme AMRI FATIHA**

## RESULTATS :

aorte de calibre normale

-Ventricule gauche :

EpS (mm) : 12

Cinétique ventriculaire gauche : normale

Volumes et fractions d'éjection VG : méthode Simpson biplan :

Vtd 65 ml ( ml/m<sup>2</sup>), Vts 18ml ( ml/m<sup>2</sup>), fraction d'éjection (BP) :72%.

-Diastole ventriculaire gauche :

Le rapport E/A des vitesses est type 1

Pressions de remplissage VG basses

-VALVE MITRALE :

les deux feuillets valvulaires sont fins , pas d'épaississement ni prolapsus valvulaire

pas de fuite mitrale ni rétrécissement mitral

Appareil sous valvulaire normal : cordages de longueur normal

-VALVE AORTIQUE : La valve paraît légèrement remaniée.pas de fuite ni retrecissement

-VALVE TRICUSPIDE

Il existe une insuffisance tricuspide minime.

Le gradient trans-valvulaire systolique s'établit à 12 mm Hg.

La pression pulmonaire systolique est estimée à 15 mm Hg+

-Cavités droites : non dilatées, fonctions systolique du VD conservée

SVD : 12 cm/sec -

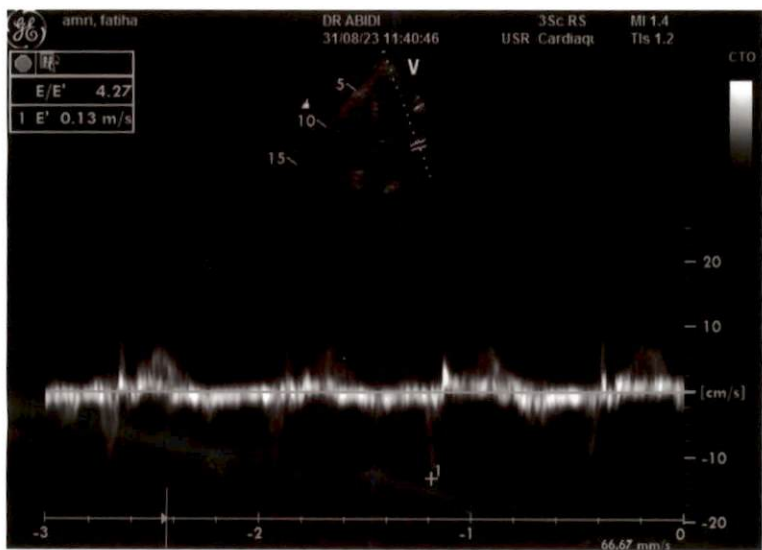
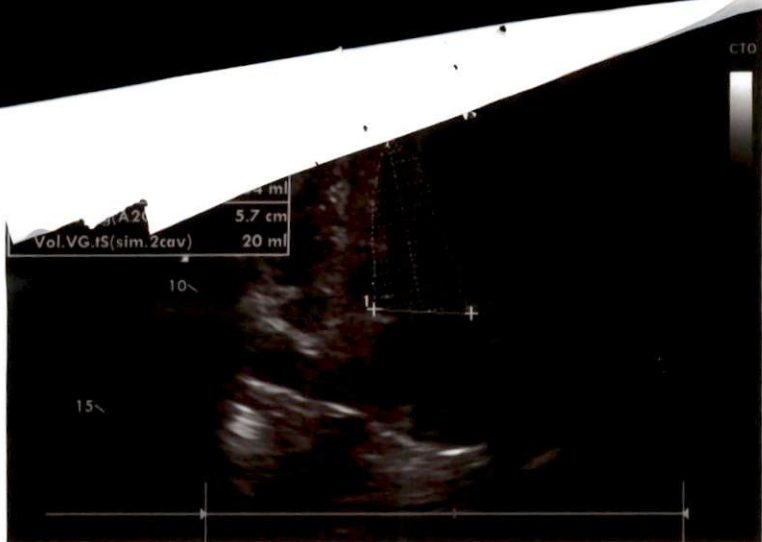
-La VCI est compliant et non dilatée (diam insp : 8 mm, diam exp : 16 mm, index de collapsus : 50%).

- Pericarde sec

CONCLUSION : pas HVG / FEVG globale et segmentaire conservée / bon VD/ pas HTAP

Docteur Ghizlane ABIDI

Dr. Christiane Abidi  
Sp. Calitate si Integritate  
50, Av. Stefan M. Golescu Nr. 23  
Sector 1, Bucuresti, Tel: 0040 21 204 10 20



DR. ABIDI GHIZLANE

SPECIALISTE EN PATHOLOGIE CARDIOVASCULAIRE  
ET IMAGERIE VASCULAIRE NON INVASIVE

Diplômée d'imagerie vasculaire non invasive de l'université Paris Descartes  
Diplômée d'échocardiographie de l'université Bordeaux Segalen  
Ancien interne de l'hôpital Ibn Rochd Casablanca et du centre hospitalier  
Princesse Grace de Monaco



الدكتورة عابدي غزلان

إختصاصية في أمراض القلب و الشرايين  
فحص القلب والأوعية الدموية بالصدى

مدرسة كلية الطب بالمستشفى الجامعي  
بالدار البيضاء وبمستشفى موناكو

Casablanca, le : 31/08/2023

Ordonnance

Mme AMRI FATIHA

Regime pauvre en gras / peu salé

701,00 x 3  
Civastine 10  
1cp / J le soir

96,00  
hansal magnesium  
1cp / J le soir' 1mois

\*\*\* Q.S.P. 3 mois \*\*\*

T2 286,00

PHARMACIE DAL  
24, Bis, des Vanneau  
Oasis - Casablanca  
Tél 05 22 25 45 34

Docteur Ghizlane ABIDI



Dr Ghizlane Abidi  
Spécialiste en Pathologie Cardiovasculaire  
et Imagerie Vasculaire Non Invasive  
89 Avenue Stendhal, N° 1, Val Fleuri, Maarif - Casablanca  
Tél : 05 22 25 45 34 - URGENCE : 06 62 10 24 12 - EMAIL : dr.abidighizlane@gmail.com

# CIVASTINE®

## Simvastatine

Comprimé pelliculé

**Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à 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 à votre pharmacien.

### Forme pharmaceutique et contenu :

CIVASTINE® 10 mg comprimé pelliculé Boîte de 28.  
CIVASTINE® 20 mg comprimé pelliculé Boîte de 15 et 30.  
CIVASTINE® 40 mg comprimé pelliculé Boîte de 30.

### Composition du médicament :

#### Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise.

|              |       |
|--------------|-------|
| Simvastatine | 10 mg |
| Simvastatine | 20 mg |
| Simvastatine | 40 mg |

### Les autres composants sont :

**Excipients :** lactose anhydre, cellulose microcristalline, amidon préaggloméré, croscopolone, butylhydroxyanisole, acide ascorbique, acide citrique anhydre, stéarate de magnésium, alcool éthylique 96%, opadry blanc.

**Liste des excipients à effet notoire :** lactose, butylhydroxyanisole, alcool éthylique.

### Classe pharmacothérapeutique :

Ce médicament est un hypolipémiant.

### Indications thérapeutiques :

CIVASTINE® est un médicament utilisé pour faire baisser les taux du cholestérol total, du mauvais cholestérol (cholestérol LDL), et des substances grasses appelées triglycérides dans le sang. De plus, CIVASTINE® augmente les niveaux du bon cholestérol (cholestérol HDL). CIVASTINE® fait partie de la classe des médicaments appelés statines.

Le cholestérol est une des nombreuses substances grasses trouvées dans le système sanguin. Votre cholestérol total est composé principalement de cholestérol LDL et de cholestérol HDL.

Le LDL cholestérol est souvent appelé le « mauvais » cholestérol parce qu'il peut s'agglomérer sur les parois de vos artères en formant une plaque. Finalement, la création de cette plaque peut mener à un rétrécissement des artères. Ce rétrécissement peut ralentir ou bloquer le flux sanguin vers les organes vitaux comme le cœur et le cerveau. Ce blocage du flux sanguin peut entraîner une crise cardiaque ou une attaque cérébrale. Le HDL cholestérol est souvent appelé le « bon » cholestérol parce qu'il aide à empêcher le mauvais cholestérol de s'agglomérer dans les artères et protège contre les maladies cardiaques.

Les triglycérides sont une autre forme de graisse dans votre sang qui peuvent augmenter votre risque de maladie cardiaque.

Vous devez poursuivre un régime hypocholestérolémiant pendant la prise de ce médicament.

CIVASTINE® est utilisé en complément d'un régime hypocholestérolémiant, si vous avez :

- Un taux élevé de cholestérol dans votre sang (hypercholestérolémie primaire) ou des niveaux élevés de graisse dans votre sang (dyslipidémie mixte).
- Une maladie héréditaire (hypercholestérolémie familiale homozygote) qui augmente le taux de cholestérol dans le sang. Vous pouvez également recevoir d'autres traitements.
- Une insuffisance coronarienne ou un risque élevé d'insuffisance coronarienne (parce que vous avez un diabète, un antécédent d'accident vasculaire cérébral ou une maladie vasculaire d'origine athéroscléreuse). CIVASTINE® peut prolonger votre vie en réduisant le risque de problèmes cardiaques, indépendamment de la quantité de votre cholestérol sanguin.

Chez la plupart des gens, il n'y a pas de symptôme immédiat dû à un taux élevé de cholestérol. Votre médecin peut mesurer votre cholestérol à l'aide d'un simple test sanguin. Consultez votre médecin régulièrement, vérifiez votre cholestérol, et discutez avec votre médecin des résultats à attendre.

### Posologie :

Votre médecin déterminera la posologie en fonction de votre état de santé, de votre traitement en cours tout en tenant compte de vos facteurs de risque.

Toujours prendre ce médicament comme votre médecin vous l'a indiqué. Vérifiez avec votre médecin ou votre pharmacien si vous n'êtes pas sûr. Vous devez suivre un régime faisant baisser le cholestérol pendant le traitement par CIVASTINE®.

### Mode et voie d'administration :

Prenez CIVASTINE® en prise unique le soir. Vous pouvez le prendre avec ou sans aliments.

### Durée du traitement :

Continuez à prendre CIVASTINE®, à moins que votre médecin ne vous demande d'arrêter.

Si votre médecin vous prescrit CIVASTINE® avec un autre médicament qui fait baisser le cholestérol contenant un chélateur de l'acide biliaire, vous devez prendre CIVASTINE® au moins 2 heures avant ou 4 heures après avoir pris le chélateur de l'acide biliaire.

### Dosage :

La dose recommandée est de 1 comprimé de CIVASTINE® 10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

### Adultes :

La dose habituelle de départ est de 10, 20 mg ou dans quelques cas 40 mg par jour. Votre médecin pourra ajuster la posologie après au moins 4 semaines de traitement à une dose maximum de 80 mg/jour. Ne prenez pas plus de 80 mg par jour.

Votre médecin peut vous prescrire un plus faible dosage, surtout si vous prenez certains des médicaments listés ci-dessus, ou si vous avez des problèmes rénaux.

La dose de 80 mg est uniquement recommandée aux patients adultes à très haut taux de cholestérol et à fort risque de problèmes cardiaques et qui n'ont pas atteint le taux de cholestérol souhaité à de faibles doses.

### Enfants :

Pour les enfants (âgés de 10 à 17 ans), la dose usuelle recommandée pour débuter le traitement est de 10 mg par jour à prendre le soir. La dose maximale recommandée est de 40mg par jour.

### Contre-indications :

PPV : 70DH00  
PER : 03/25  
LOT : M987



• Si vous présentez des infections bactériennes, demandez à votre médecin si vous n'êtes pas certain que votre médecin

PPV : 70DH00  
PER : 03/25  
LOT : M987



• Douleurs musculaires graves, généralement dans les épaules et les hanches.  
• Éruption accompagnée d'une faiblesse des membres et des muscles.  
• Douleur ou inflammation des articulations (rhumatisme).

PPV : 70DH00  
PER : 03/25  
LOT : M987



• Mauvaise mémoire (très rare), perte de mémoire, confusion.

Les effets indésirables suivants ont également été rapportés mais la fréquence n'est pas connue :

- Troubles de l'érection,
- Dépression,
- Inflammation des poumons causant des problèmes de respiration
- Problèmes de tendon, parfois compliqués par une rupture du tendon.
- D'autres effets indésirables possibles ont été rapportés avec certaines statines :
- Troubles du sommeil, y compris cauchemars,
- Troubles sexuels,
- Diabète. Vous pouvez développer un diabète si vous avez un taux de sucre (à jeun) ou une pression artérielle (tension) élevée. Vous serez suivi attentivement.

Tests biologiques :

L'augmentation de certains tests hépatiques et d'une enzyme musculaire.

### Mises en garde spéciales et Précautions particulières

#### Avertissements et précautions :

Informez votre médecin :

- De tout problème médical que vous avez ou avez eu et de toute allergie.
- Si vous consommez d'importantes quantités d'alcool.
- Si vous avez ou avez eu une maladie du foie. CIVASTINE® peut ne pas être recommandée.
- Si vous devez subir une opération. Vous pouvez être amené à arrêter le traitement.
- Si vous êtes enceinte, parce qu'un dosage différent peut être adapté.

Votre médecin devra vous prescrire un bilan sanguin avant de commencer le traitement par CIVASTINE®. Ceci pour vérifier le bon fonctionnement de votre foie.

Votre médecin peut également vous prescrire un bilan sanguin hépatique avant de commencer le traitement par CIVASTINE®.

Au cours de votre traitement avec ce médicament, si vous êtes diabétique, suivez attentivement par votre médecin. Vous pouvez développer un diabète si vous avez une pression artérielle (tension) élevée. Vous serez suivi attentivement par votre médecin. Si vous avez une insuffisance respiratoire grave, informez votre médecin si vous avez une insuffisance respiratoire grave.

# NOTE D'HONORAIRE

Casablanca. Le 27/08/2023

**Le Docteur GHIZLANE ABIDI**

Prie Mr / Mme ..... d'accepter l'expression

De ses sentiments distinguées et lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires

Pour .....

S'élevant à la somme de .....dhs.

89 Avenue Stendhal N°1, Val Fleuri, Mâarif – Casablanca BP 20390

N° Patente : 34718514 – IF : 18751697 – ICE : 001818286000015

Tél : 0522 25 45 34 - Email : [dr.abidighizlane@gmail.com](mailto:dr.abidighizlane@gmail.com)

NOTE D'HONORAIRE

Casablanca. Le 31/01/2023

**Le Docteur GHIZLANE ABIDI**

Prie Mr / Mme.....d'accepter l'expression

De ses sentiments distinguées et lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires

Pour.....

S'élevant à la somme de 900.....dhs.

89 Avenue Stendhal N°1, Val Fleuri, Mâarif - Casablanca- BP 20390

N° Patente : 34718514 - IF : 18751697 - ICE : 001818286000015

Tél : 0522 25 45 34 - Email : [dr.abidighizlane@gmail.com](mailto:dr.abidighizlane@gmail.com)

**Dr. Ghizlane ABIDI**  
Spécialiste en Pathologie  
Cardiovasculaire  
et Imagerie Vasculaire Non Invasive  
89, Av. Stendhal, 1er Etage N°1  
Val Fleuri - Mâarif