

## 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.

### Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 067761

ND: 30912

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5520 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... 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 : .....

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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-067761

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



## conditions générales

### POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- NPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- N = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- D = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- D = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- D = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- C = Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialités

- SF = Actes pratiques par la sage femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiques par la sage femme
- AMM = Actes pratiques par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiques par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiques par un Orthophoniste
- AMY = Actes pratiques par un aide-orthophoniste
- R - Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

### POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que, si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
L'HOSPITALISATION EN HOPITAL  
L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
PREVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
l'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés  
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES  
- L'ORTHOPEDIE  
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS  
- LES CURES THERMALES  
- LA CIRCONCISION  
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE.

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 027142

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : KAIS SALAH DINE  
Matricule : 0005520 Fonction : decede Poste : 1/1  
Adresse : 24 Rue 21 NABNAF 2A OUI AHAY 2 AHRA  
Tél : 0707532654 Signature Adhérent : *[Signature]* BERRECHIO

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : HACHIMI FATIHA Age :       
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : HTA + diabète  
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances

A Ben Loh le 24.02.00

Durée d'utilisation 3 mois

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD  
CARDIOLOGUE  
Signature : *[Signature]*  
11. Bd Mohammed VI - Casablanca  
Tél : 06 22 22 83 96 net du médecin



## 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
24/02/20	CS+ECO	1	250,00	<b>Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD</b> <b>CARDIOLOGUE</b> 11 - Bd Med V 1 <sup>er</sup> Etage, Bureau N°16 BERRECHID Tél: 05.22.32.83.03-05.22.32.83.53
05/03/20	co-trait	1	Carte	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
Pharmacie AL JILAL Mme GERRADA Jilal Pharmacie Rue du 19 Mars 1963 Tél: 05.22.32.83.03-05.22.32.83.53	05/03/2020	861,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires
Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD CARDIOLOGUE 11 - Bd Med V 1 <sup>er</sup> Etage, Bureau N°16 BERRECHID Tél: 05.22.32.83.03-05.22.32.83.53	2/3/20	B <sub>720</sub>	974,20
	14/03/20	INP 1063000509 ETT	\$ 759,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les Radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANT DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>		H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	B		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																			
	25533412		21433552																			
	00000000		00000000																			
	00000000		00000000																			
	35533411		11433553																			
	B		B																			
				MONTANT DES SOINS																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																		
				DATE DE L'EXECUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD**

**Cardiologue**

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheld Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



**د. خضر محمد فؤاد**

أخصائي أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى لودينشيلد بألمانيا

حاصل على شهادة التخصص بالصدف من جامعة بورجو بفرنسا

## Ordonnance

Berrechid, le : .....

Berrechid le : **05 Mars 2020**

**Mme HACHIMI FATIHA**

1/ REGIME PAUVRE EN SEL

2/ COVERAM 5/5MG

1cp/j matin

3/ SERDEP 20MG

1Cp/j le matin

4/ ALPRAZOL 0,5 MG

1/2 Cp/J le Soir pendant 15 jours

puis 1/4Cp/J le soir pendant 15 jours

puis 1/4Cp/J 1J/2

5/ BELMAZOL 20MG

1 gel/J le soir

6/ TIASUREX LP 1.5MG

1 Cp/J à midi

7/ NOLIP 10MG

1Cp/J le soir

Traitement pendant : 2 Mois

S.V. 2 x 208,00

S.V. 163,20

S.V. 96,00

S.V. 29,30

S.V. 157,10

861,60

Pharmacie AL OUM  
Mme BERBADA Jihane  
Pharmacienne  
52 Boulevard Al Houria  
Tél.: 022 32 41 76 - Berrechid

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD  
CARDIOLOGUE  
11 - Boulevard Mohamed V Bureau N°1, 1<sup>er</sup> étage - Berrechid  
Tél: 05 22 32 83 03 / 0522 32 83 33 - En cas d'urgence : 0661 85 14 80



كوفيرام® 5 ملغ / 10 ملغ

بيراندوبريل أرجينين / أملوديبين

كوفيرام® 10 ملغ / 10 ملغ

بيراندوبريل أرجينين / أملوديبين

30 ج

208000

اقرأ بدقة / قبل أن تأخذ هذا الدواء . لأنها تحتوي على معلومات هامة لك .

- احتفظ بهد إذا كانت لا
- لقد وُصف هذا الدواء لك شخصيًا . فلا يجوز إطلاقاً إعطاؤه لشخص آخر ، حتى وإن كانت الأعراض متشابهة ، فقد تلحق به الضرر .
- إذا شعرت بأي آثار جانبية تكلم مع الطبيب أو الصيدلاني . هذا ينطبق أيضاً على جميع الآثار الجانبية الغير المدلى بها في هذه النشرة (أنظر إلى مقطع 4 : «ماهي الآثار الجانبية المحتملة ؟»)

في هذه النشرة :

- 1 . ما هو كوفيرام ، حبة وفي أية حالة يستعمل ؟
- 2 . ما هي المعلومات التي ينبغي معرفتها قبل أخذ كوفيرام ، حبة ؟
- 3 . كيف يؤخذ كوفيرام ، حبة ؟
- 4 . ما هي الآثار الجانبية المحتملة ؟
- 5 . كيف يحفظ كوفيرام ، حبة ؟
- 6 . محتوى العبوة ومعلومات إضافية .

الحمل

يجب أن تخبري طبيبك إذا كنت تعتقدين أنك حامل (أو قد تصبحين) حاملاً . عادة سوف ينصحك طبيبك بالتوقف عن أخذ كوفيرام حبة قبل حدوث الحمل أو بمجرد وقوعه حيث سيصف لك دواء آخر بدلاً منه . لا ينصح بأخذ كوفيرام حبة في بداية الحمل ، كما أنه قد يؤدي إلى إصابات وعيية للجنين عند استعماله بعد الشهر الثالث من الحمل .

الإرضاع

لقد أثبت أن الأملوديبين يفرز في حليب الأم بكميات ضئيلة . أعطى طبيبك إن كنت ترضعين أو على وشك الإرضاع . لا يوصى بإعطاء كوفيرام حبة للأمهات المرضعات ، ويمكن لطبيبك أن يختار لك علاجاً آخر إذا كنت تفضلين الإرضاع خاصة إذا كان طفلك حديث الولادة أو سابق لوانه .

إلى سائقي السيارات والعاملين على الآليات : قد يؤثر كوفيرام حبة على قدرتك على قيادة السيارة أو تشغيل الآليات . إذا كانت الأقراص تسبب لك الشعور بالدوخة أو الضعف أو التعب ، أو تسبب لك الصداع ، فيجب أن تتجنب القيادة أو تشغيل الآليات وأن تتصل بطبيبك على الفور .

يحتوي كوفيرام حبة ، على سكر الحليب إذا كان طبيبك قد سبق وأعلمك بأنك مصاب بعدم تحمّل بعض أنواع السكر ، فانصل بالطبيب قبل المباشرة بتناول هذا الدواء .

3 . كيف يؤخذ كوفيرام ، حبة ؟

يحتوي كوفيرام حبة ، على سكر الحليب إذا كان طبيبك قد سبق وأعلمك بأنك مصاب بعدم تحمّل بعض أنواع السكر ، فانصل بالطبيب قبل المباشرة بتناول هذا الدواء .

**كوفيرام® 5 ملغ / 10 ملغ**  
بيراندوبريل أرجينين / أملوديبين

**كوفيرام® 10 ملغ / 10 ملغ**  
بيراندوبريل أرجينين / أملوديبين

30 ج

20800

**اقرأ بدقة** / **احتفظ بهذا**  
بل أن تأخذ هذا الدواء . لأنها تحتوي على معلومات هامة لك .  
• إذا كنت لا  
• لقد وُصف هذا الدواء لك شخصيًا . فلا يجوز إطلاقاً إعطاؤه لشخص آخر ، حتى وإن كانت الأعراض متشابهة ، فقد تلحق به الضرر .  
• إذا شعرت بأي آثار جانبية تكلم مع الطبيب أو الصيدلاني . هذا ينطبق أيضاً على جميع الآثار الجانبية الغير المدلى بها في هذه النشرة (أنظر إلى مقطع 4 : «ماهي الآثار الجانبية المحتملة ؟»)

**الحمل**  
يجب أن تخبري طبيبك إذا كنت تعتقدين أنك حامل (أو قد تصبحين) حاملاً .  
عادة سوف ينصحك طبيبك بالتوقف عن أخذ كوفيرام حبة قبل حدوث الحمل أو بمجرد وقوعه حيث سيوصف لك دواء آخر بدلاً عنه .  
لا ينصح بأخذ كوفيرام حبة في بداية الحمل ، كما أنه قد يؤدي إلى إصابات وعيية للجنين عند استعماله بعد الشهر الثالث من الحمل .  
**الإرضاع**  
لقد أثبت أن الأملوديبين يفرز في حليب الأم بكميات ضئيلة .  
أعلمي طبيبك إن كنت ترضعين أو على وشك الإرضاع .  
لا يوصى بإعطاء كوفيرام حبة للأمهات المرضعات ، ويمكن لطبيبك أن يختار لك علاجاً آخر إذا كنت تفضلين الإرضاع خاصة إذا كان طفلك حديث الولادة أو سابق لآوانه .  
إلى سائلي السيارات والعاملين على الآليات :  
قد يؤثر كوفيرام حبة على قدرتك على قيادة السيارة أو تشغيل الآليات . إذا كانت الأقراص تسبب لك الشعور بالدوخة أو الضعف أو التعب ، أو تسبب لك الصداع ، فيجب أن تتجنب القيادة أو تشغيل الآليات وأن تتصل بطبيبك على الفور .  
يحتوي كوفيرام حبة ، على سكر الحليب  
إذا كان طبيبك قد سبق وأعلمك بأنك مصاب بعدم تحمّل بعض أنواع السكر ، فانصل بالطبيب قبل المباشرة بتناول هذا الدواء .  
3 . كيف يؤخذ كوفيرام ، حبة؟

**في هذه النشرة :**  
1 . ما هو كوفيرام ، حبة وفي أيّة حالة يستعمل؟  
2 . ما هي المعلومات التي ينبغي معرفتها قبل أخذ كوفيرام ، حبة؟  
3 . كيف يؤخذ كوفيرام ، حبة؟  
4 . ما هي الآثار الجانبية المحتملة؟  
5 . كيف يحفظ كوفيرام ، حبة؟  
6 . محتوي العبوة ومعلومات إضافية .  
1 . ما هو كوفيرام ، حبة وفي أيّة حالة يستعمل؟  
الغنة العلاجية الصيدلانية : مثبّط للخميرة المحلّولة للأنيوتنسين (IEC) وحاصر للكلسيوم .  
كود C09B04 : ATC  
يوصف كوفيرام ، حبة لعلاج ارتفاع الضغط الشرياني و/أو لعلاج الأمراض الإكليلية الثابتة (في حال تناقص أو انقطاع الدم الوارد للقلب) .  
فإنما كان المرضى الذين يستخدمون بواسطة البيراندوبريل و الأملوديبين أن يأخذوا كلا المادتين في حبة واحدة من كوفيرام ، حبة ،  
إن كوفيرام ، حبة عبارة عن مزيج من مادتين فعاليتين : البيراندوبريل والأملوديبين .  
إن البيراندوبريل مثبّط للخميرة المحلّولة للأنيوتنسين (IEC) ، و الأملوديبين حاصر للكلسيوم (تابع لعضف الأدوية المسنّاة ديهيدروبيريدين dihydropyridines) . وإن هاتين المادتين تعملان معاً في توسيع وإرخاء الأوعية الدموية ، مسهّلة بهذا عمل القلب في ضخ الدم عبرها .

**SERDEP<sup>®</sup>**  
fluoxétine

**20 mg**

te de 28 gélules  
e orale

LOT: 08419006  
PER: 09/2022  
PPV: 163,20 DH





# BELMAZOL® 20 mg

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle vous donne des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, 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, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

## 1. IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

### a) DÉNOMINATION

BELMAZOL® 20 mg

### b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Par gélule : Oméprazole ..... 20 mg  
Excipients : q.s.

Composition de la gélule : sunset jaune (E110), dioxyde de titane (E171), indigo carmin (E132)

### c) FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATIONS

Boîtes de 7, 14 et de 28 gélules.

### d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Inhibiteur de la pompe à protons (code ATC : A02BC01).

## 2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

### Adulte :

- Traitement des ulcères duodénaux.
- Prévention des récurrences d'ulcères duodénaux.
- Traitement des ulcères gastriques.
- Prévention des récurrences d'ulcères gastriques.
- En association à des antibiotiques appropriés, éradication de *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) de l'ulcèreuse gastroduodénale.
- Traitement des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque.
- Prévention des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque.
- Traitement de l'œsophagite par reflux.
- Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une œsophagite par reflux.
- Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique.
- Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison.

### Utilisation pédiatrique :

Enfant à partir de 1 an et  $\geq 10$  kg :

- Traitement de l'œsophagite par reflux.
  - Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien.
- Enfant de plus de 4 ans et adolescent :
- En association à des antibiotiques, traitement de l'ulcère duodénal consécutif à une infection par *Helicobacter pylori*.

## 3. ATTENTION !

### a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- Hypersensibilité à l'oméprazole, aux dérivés benzimidazolés ou à l'un des excipients.
- L'oméprazole ne doit pas être administré de façon concomitante avec le nelfinavir.

### b) MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

#### UTILISER CE MÉDICAMENT AVEC PRÉCAUTION :

- Certains enfants atteints d'affections chroniques peuvent nécessiter un traitement à long terme bien que cela ne soit pas recommandé.
- Un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons pourrait légèrement augmenter le risque d'infections gastro-intestinales, comme une infection par salmonelle et par campylobacter.
- Comme dans tous les traitements à long terme, en particulier lorsque la période de traitement est supérieure à un an, une surveillance régulière des patients est nécessaire.
- L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucrase/isomaltase (maladies héréditaires rares).
- Ce médicament contient un agent colorant azoïque (E110) et peut provoquer des réactions allergiques.
- Ce médicament contient du potassium. A prendre en compte chez les patients insuffisants rénaux ou chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en potassium.
- Ce médicament contient du sodium. A prendre en compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## 4. INTERACTIONS

### Interactions médicamenteuses :

- Nelfinavir, atazanavir : diminution des concentrations plasmatiques de l'atazanavir et du nelfinavir en cas de coadministration avec l'oméprazole.  
L'administration concomitante d'oméprazole avec le nelfinavir est contre-indiquée.  
L'administration concomitante d'oméprazole avec l'atazanavir n'est pas recommandée.
- Digoxine : augmentation de la biodisponibilité de la digoxine de 10 % chez des sujets sains en cas de traitement concomitant par oméprazole (20 mg par jour). La surveillance thérapeutique de la digoxine doit alors être renforcée.
- Clopidogrel : diminution de l'inhibition moyenne de l'agrégation plaquettaire.
- Autres substances actives : diminution significative de l'absorption du posaconazole, de l'erlotinib, du kétoconazole et de l'itraconazole d'où l'efficacité clinique qui peut être affaiblie. L'association concomitante du posaconazole et de l'erlotinib avec l'oméprazole doit être évitée.
- Warfarine, antivitamines K, clostazol, diazépam et phénytoïne : augmentation de l'exposition systémique de ces substances par diminution de leur métabolisation.
- Phénytoïne : il est recommandé de surveiller les concentrations plasmatiques de phénytoïne durant les deux premières semaines qui suivent l'initiation d'un traitement par oméprazole.
- Saquinavir : augmentation des concentrations plasmatiques d'environ 70 % de saquinavir, ceci associé à une bonne tolérance chez les patients infectés par le VIH.
- Tacrolimus : augmentation des concentrations sériques du tacrolimus. Une surveillance renforcée des concentrations du tacrolimus et de la fonction rénale (clairance de la créatinine) doit être réalisée ainsi qu'un ajustement du dosage du tacrolimus, si nécessaire.
- Clarithromycine et voriconazole : augmentation des taux sériques d'oméprazole par diminution de sa métabolisation. Un ajustement de dose peut être nécessaire chez les patients souffrant d'une insuffisance hépatique sévère et à un traitement à long terme est indiqué.
- Rifampicine, miltépristin : diminution des concentrations plasmatiques d'oméprazole par augmentation de sa métabolisation.

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

### d) GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse : l'oméprazole peut être utilisé lors de la grossesse.

Allaitement : l'oméprazole est excrété dans le lait maternel, mais n'a probablement pas d'influence sur l'enfant s'il est utilisé à dose thérapeutique.

DEMANDER CONSEIL À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN AVANT DE PRENDRE TOUT MÉDICAMENT.

### e) CONDUCTEURS ET UTILISATEURS DE MACHINES

Des effets indésirables tels qu'étourdissements et troubles visuels peuvent se produire. Si cela est le cas, les patients ne doivent pas conduire de véhicules automobiles ou utiliser des machines.

### f) LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS

Saccharose, sodium, potassium, et sunset jaune (colorant E110).

# BELMAZOL®

Oméprazole

20 mg

LOT :

EXP :

PPV :

### Adolescent et enfant de plus de 4 ans :

Traitement de l'ulcère duodénal associé à une infection par *H. pylori* :

Poids (15-30 kg) : oméprazole 10 mg + amoxicilline 25 mg/kg de poids corporel + clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel sont administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids (31-40 kg) : oméprazole 20 mg + amoxicilline 750 mg + clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids ( $\geq 40$  kg) : oméprazole 20 mg + amoxicilline 1 g + clarithromycine 500 mg administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

### - Population particulière :

Insuffisants rénaux : aucun ajustement posologique n'est nécessaire.

Insuffisants hépatiques : une dose journalière de 10 mg-20 mg peut suffire.

Sujets âgés ( $> 65$  ans) : aucune adaptation posologique n'est nécessaire.

DANS TOUTES LES CAS VOUS DEVEZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

### b) VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

Il est recommandé de prendre les gélules de Belmazol® 20 mg le matin, de préférence à jeun, et de les avaler en entier avec un demi-verre d'eau. Les gélules ne doivent être ni mâchées ni croquées.

Chez les patients ayant des difficultés de déglutition et chez les enfants capables de boire ou d'avaler des aliments semi-liquides :

Ouvrir les gélules et avaler le contenu avec un demi-verre d'eau ou après mélange avec un aliment légèrement acide comme, par exemple : jus de fruit, compote de pomme ou eau non gazeuse. Prendre le mélange immédiatement (ou dans les 30 minutes) et toujours rompre le mélange juste avant de le boire, puis rincer le verre avec un demi-verre d'eau et le boire.

Les patients peuvent également sucer la gélule et avaler les granules avec un demi-verre d'eau. Les granules gastro-résistants ne doivent pas être mâchés.

VOUS DEVEZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

### c) DURÉE DU TRAITEMENT

VOUS DEVEZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

### d) CONDUITE À TENIR EN CAS DE SURDOSAGE

Si vous avez pris plus de Belmazol® 20 mg que vous n'auriez dû (en cas de prise massive et/ou accidentelle) : Les symptômes liés à un surdosage d'oméprazole tels que nausées, vomissements, étourdissements, douleurs abdominales, diarrhées, céphalées, apathie, dépression et confusion sont transitoires. Le traitement, s'il est nécessaire est symptomatique.

PREVENIR IMMÉDIATEMENT VOTRE MÉDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

## 5. EFFETS NON SOUHAITÉS ET GENANTS

COMME TOUT MÉDICAMENT, CE PRODUIT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAÎNER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS :

**Effets fréquents :** troubles digestifs (douleurs abdominales, constipation, diarrhées, flatulence et vomissements) et céphalées.

**Effets peu fréquents :** insomnie, étourdissements, paresthésie, somnolence, vertiges, augmentation des enzymes hépatiques, dermatite, prurit, rash, urticaire, malaise et œdème périphérique.

**Effets rares à très rares :** leucopénie, thrombocytopénie, agnucytopénie, pancypénie, fièvre, angioedème, réaction choc anaphylactique, hyponatrémie, hypomagnésémie, agitation, confusion, dépression, agressivité, hallucinations, troubles du goût, vision trouble, bronchospasme, sécheresse buccale, stomatite, candidose gastro-intestinale, hépatite avec ou sans icterus, insuffisance hépatique, encéphalopathie chez les patients ayant une insuffisance hépatique préexistante, alopecie, photosensibilité, érythème polymorphe, syndrome de Stevens-Johnson, nécrolyse épidermique toxique, arthralgies, myalgies, faiblesses musculaires, néphrite interstielle, gynécomastie, hypersudation. S'AGISSEZ À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GENANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.

## 6. CONSERVATION

a) NE PAS DÉPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTERIEUR.

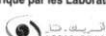
b) PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION  
A conserver à une température inférieure à 25°C.

## CONDITIONS DE DELIVRANCE

Tableau C

Date d'édition de la notice : Novembre 2013

Fabriqué par les Laboratoires



Zone Industrielle Ouest Ain Harrouda  
Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)  
Km 12.400 Ain Harrouda 28 630 - Mohammédia, Maroc



# TIASUREX® L.P.

(Indapamide 1,5 mg)

## FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION

Boîte de 30 comprimés pelliculés à libération prolongée

## COMPOSITION

Indapamide : 1,5 mg

Excipients : qsp un comprimé pelliculé à libération prolongée

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Diurétique du segment cortical de dilution

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est indiqué dans le traitement de l'hypertension artérielle.

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Hypersensibilité à l'indapamide, aux autres sulfamides
- Insuffisance rénale sévère
- Encéphalopathie hépatique ou insuffisance hépatique sévère
- Hypokaliémie

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

- L'administration de TIASUREX® L.P. doit être interrompue en cas d'atteinte hépatique
- Si une réaction de photosensibilité apparaît pendant le traitement, il est recommandé d'arrêter le traitement
- Ce médicament ne doit pas être administré chez les patients présentant une galactosémie congénitale, un déficit en lactase ou une malabsorption du glucose ou du galactose, en raison de la présence de lactose
- Utiliser avec précautions chez les malades présentant des troubles hydroélectrolytiques, troubles rénaux, diabète, goutte...

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, SIGNEZ SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Ce médicament doit être évité pendant la grossesse et l'allaitement  
D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT

## CONDUCTEURS ET UTILISATEURS DE MACHINE

TIASUREX® L.P. ne modifie pas la vigilance mais des réactions individuelles en relation avec une baisse de la pression artérielle peuvent survenir chez certains patients, spécialement en début de traitement ou lors de l'association à un autre médicament antihypertenseur  
Par conséquent, l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines peut être diminuée

## SPORTIFS

L'attention des sportifs est attirée sur le fait que cette spécialité contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopage

TIASUREX® LP 1,5 mg 30 Comprimés pelliculés à libération Prolongée

PPV 290H30

EXP 10/2021  
LOT 89021 1

**nOLIP<sup>®</sup>**

Rosuvastatine

**30**

comprimés  
pelliculés

**10 mg**

LOT: 197050 EXP: 06/21  
PPV: 157DH10



**Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD**

**Cardiologue**

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheld Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



**د. خضر محمد فؤاد**

أخصائي أمراض القلب والأوعية الدموية

دريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى لودنشايد بألمانيا

حاصل على شهادة الفحص بالصدى من جامعة بورجو بفرنسا

## Ordonnance

Berrechid, le : .....

Berrechid le : **24 Février 2020**

**MME HACHIMI FATIHA**

Analyses :

NFS-PQ

urée, creat, K+ sans garrot

Glycémie à jeun

HBA1C

ASAT, ALAT

TG, CT, LDL

Acide Urique

TSH us

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
IBN SINA  
Ed. Mohammed V, BERRECHID  
Tél: 05 22 33 66 40

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD  
CARDIOLOGUE  
11 - Bd Med V 1<sup>er</sup> Etage, Bureau N°16 BERRECHID  
Tél: 05.22.32.83.03 - 05.22.32.83.23



**Information patient**

Nom : HACHIMI

PRENOM : FATIHA

DATE : 14/03/2020

MEDECIN TRAITANT : DR.M.F. KHADRE

**COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE**

- VG non dilaté, non hypertrophié, de bonne contractilité globale et segmentaire FEVG à 67%.
- Profil mitral type anomalie de relaxation E / A = 0.56, PRVG basses E / e' = 4.63.
- Massif auriculaire : OG non dilatée libre d'échos. (SOG à 18cm<sup>2</sup>)  
: OD non dilatée libre d'échos. (SOD à 15cm<sup>2</sup>)
- Valve mitrale remaniée, IM modérée, pas de RM.
- Valve aortique, Micro-fuite d'IAo, pas de RAo.
- Cavités droites non dilatées, Bonne fonction systolique du VD.
- IT minime estimant la PAPS à 30+5=35mmHg.
- VCI à 11mm non dilatée, compliant.
- Péricarde sec.

**Conclusion :**

Bonne fonction bi-ventriculaire, FEVG à 67%.

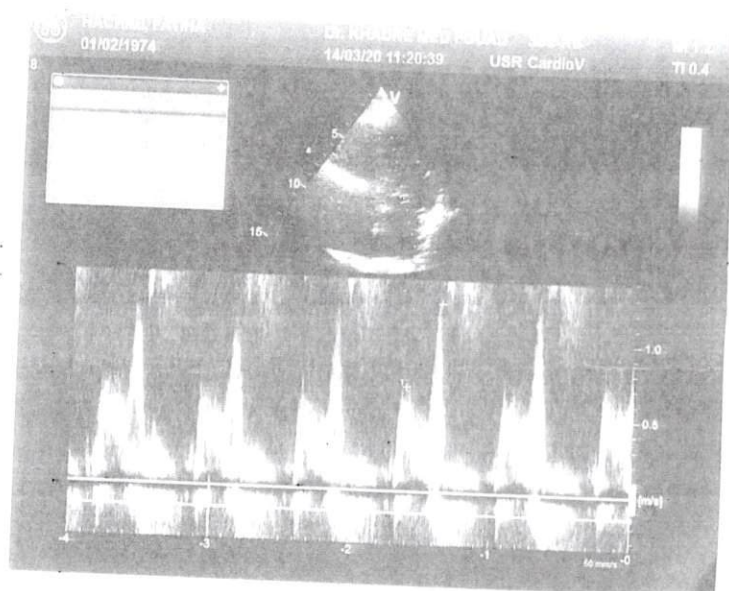
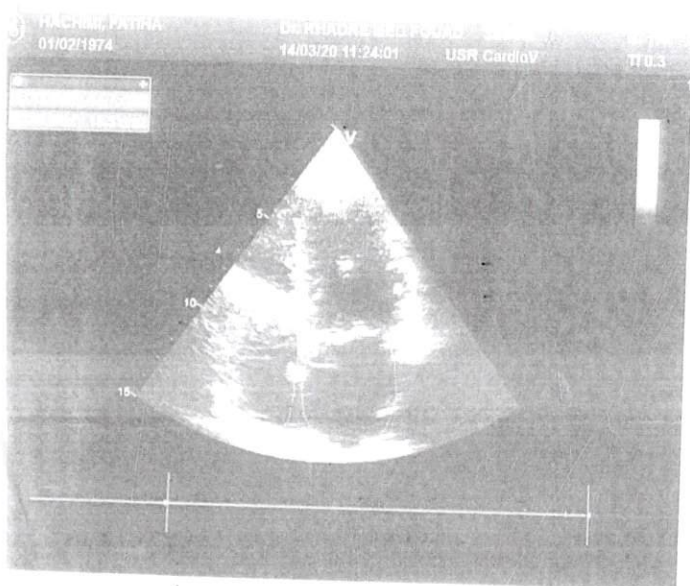
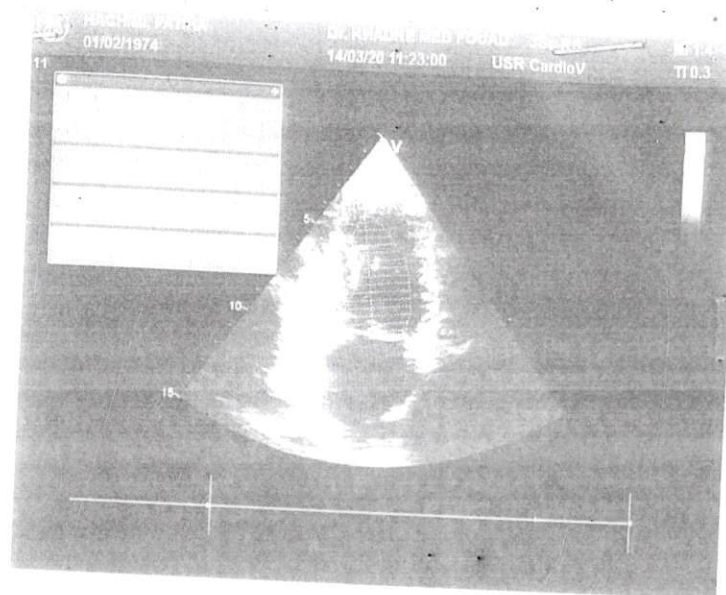
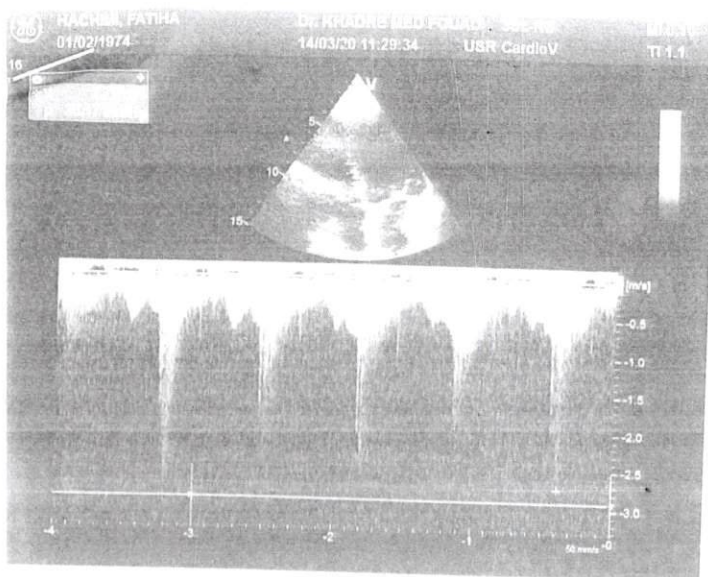
IM modérée.

Micro-fuite d'IAo.

Pas d'HTP.

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD  
CARDIOLOGUE  
Signé: Dr. M.F. KHADRE  
11 - Bd Med 2 - Bureau N°16 BERRECHID  
Tél: 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 33





**Cabinet de cardiologie**  
**DR KHADRE Mohamed Fouad**

Berrechid, le 14/03/20

**Note d'honoraires**

Nous exprimons nos sincères salutations à

Mr/Mme *Hachim Fatima*

Lui adresse, selon l'usage, sa note

d'honoraires..... *Echo coeur = 75,000 dh*

Faisant la somme de

*Sept cent cinquante dh*

**DR. KHADRE MOHAMED FOUAD**  
**CARDIOLOGUE**  
11 - Bd Me... Bureau N°16 BERRECHID  
Tél: 05 22.32.83.83  
Cachet et signature



**LABORATOIRE IBN SINA**

Bd Mohammed V

BERRECHID

ICE : 001761756000030

Tel : 05.22.33.66.43

Fax : 05.22.33.66.42

INPE : 063000509

Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 40195644

**FACTURE : 70212****IB 35496 B****Nom et Prénom : Mme HACHIMI Fatiha****Prescripteur :****Référence : 020320 022****Date : 02/03/2020****BILAN :**

NFS B 73	+	GLY B 15	+	UREE B 22	+	CREA B 22	+
AUR B 23	+	CHOL B 23	+	TRIG B 56	+	LDLM B 56	+
TGO B 45	+	TGP B 45	+	HBA1 B 90	+	K B 30	+
TSH B 220	+						

**MONTANT NET : 974,80 Dhs Soit 720 B****ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :***Neuf cent soixante quatorze Dh et quatre-vingts cts*

IBN SINA  
Bd Mohammed V, BERRECHID  
Tel : 05 22 33 66 43