

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

Éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : 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 caractére 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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 067761

ND: 30/9/12

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº 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

- S = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 - NPSY = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 - N = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 - D = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 - C = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 - D = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 - C = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 - C = Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie
 - C = Actes de chirurgie et de spécialités
- POUR L'ADHERENT**
- 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 pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
 - AP = Actes pratiqués par un Orthophoniste
 - AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
 - R - Z = Electro - Radiologie
 - B = Analyses

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 EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- 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 Prevoyance 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 : KAÏSS SALAH DINE
Matricule : 0005590 Fonction : décedé Poste : 111
Adresse : 24 Rue ZINAB NAFZAoui AHAY ZAHRA BERRECHID
Tél. : 07 07 53 26 54 Signature Adhérent : *[Signature]*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : HACHIMI FATHI HA Age :

Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : HTA + préophtal

S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :

A Beni Hachim, le 24.02.90

Durée d'utilisation 3 mois

Dr. KHADRE MOHAMED FOUD
CARDIOLOGUE
11. Bd Hassan II, Bureau N°16 BERRECHID
Tel. 05 23 83 80 33
Signature du praticien et timbre du médecin

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des actes	Natures des actes	Nombre et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Cachet et signature du médecin attestant le paiement des actes
24/10/2020	CS + ECA		250,00 \$	Dr. KHADRE MOHAMED BOUAB CARDIOLOGUE 11 - Bd Med V 1 ^{er} Etage Bureau N°16 BERRECHID Tél: 05.22.32.83.05-05.22.32.83.93
05/03/2020	consult		Consult	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
Pharmacie Al Berrada Jihans Boulevard Al Houara 22000 - Tunis - Tunisie	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 1 ^e Etage, Bureau N°16 BERRECHID T+212 05 22 32 83 03-05 22 32 83 13 <i>DR KHADRE MOHAMED FOUAD</i>	2/3/20	B-720 INP 1063000509 ETT	974,10 £ 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 s

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

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 Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

أخصائي أمراض القلب والشرايين

دريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب ساقع بمختبر الشيف خليفة بالدار البيضاء

طبيب ساقع بمختبر لودفيكينا بالمغرب

حاصل على شهادة المختص بالصدى من جامعة بودروم بتركيا

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/ ALPRAZ 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

Traitemennt pendant : 2 Mois

Pharmacie AL OUM
Mme BERRADA Jiharia
52 Boulevard Al Houria
Tél: 0522 32 83 76 - Berrechid

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
CARDIOLOGUE
N°11, Boulevard Mohamed V Bureau N°1, 1^{er} étage - Berrechid
Tél: 0522 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

لغ

208,00

- بل أن تأخذ هذا الدواء . لأنها تحتوي على معلومات هامة لك .
- د . تحتاج ل تستند إليها من جديد .
 - أخرى أسأل الطبيب أو الصيدلاني .
 - إذا كانت لديك مشكلة مع الطبيب أو الصيدلاني . فلا يجوز إطلاعه لشخص آخر ، حتى وإن كانت الأعراض متشابهة ، فقد تلحق به الضرر .
 - لقد وصف هذا الدواء لك شخصياً . فإذا شعرت بأثار جانبية تكلم مع الطبيب أو الصيدلاني . هذا ينطبق أيضاً على جميع الآثار الجانبية الغير المنسلي بها في هذه النشرة .
 - إذا شعرت بأثار جانبية تكلم مع الطبيب أو الصيدلاني .
 - (انظر إلى مقطع 4 : «ما هي الآثار الجانبية المختللة ؟»)

اقرأ بدقة

د . إحتفظ بهذه

إذا كانت لديك

لقد وصف

إذا شعرت

في هذه النشرة :

1 . ما هو كوفيرام ، حبة وفي أي حالة يستعمل ؟

2 . ما هي المعلومات التي ينبغي معرفتها قبلأخذ كوفيرام ، حبة ؟

3 . كيف يأخذ كوفيرام ، حبة ؟

4 . ما هي الآثار الجانبية المختللة ؟

5 . كيف ينفع كوفيرام ، حبة ؟

6 . محتوى العبوة ومعلومات إضافية .

1 . ما هو كوفيرام ، حبة وفي أي حالة يستعمل ؟

الثمرة العلاجية الصيدلانية : مثبت للتحميرة المقوية للأغريوتينين (IEC) وحاصر للكلسوم .

كود C09BB04 ATC IEC

يوصف كوفيرام ، حبة لعلاج ارتفاع الضغط الشرياني وأعراض الأمراض الإكليلية الثابتة (في حال

نافذ أو انتظام الدم الوارد للقلب) .

في إمكان المرضى الذين يستخدمون بواسطة البيراندوبريل والamlodipine أن يأخذوا كلا المادتين في

حصة واحدة من كوفيرام ، حبة .

إن كوفيرام ، حبة جاهزة من مادتين فعاليتين : البيراندوبريل والأملوديبين .

إن البيراندوبريل مثبت للتحميرة المقوية للأغريوتينين (IEC) ، والأملوديبين حاصر للكلسوم (dihydropyridines) . وإن هاتين المادتين عاملان معا في

توسيع الأوعية الدموية ، ومهماً بهذا عمل القلب في ضخ الدم عبرها .

الحمل
يجب أن تخبر طبيبك إذا كنت تعقددين بذلك حامل (أو قد تصبحين) حاملاً .
عادة سوف يصحلك طبيبك بالتوقف عنأخذ كوفيرام حبة قبل حدوث الحمل أو مجرد وقوعه حيث
تصصف لك دواء آخر بدل عنه .

لا ينصح باخذ كوفيرام حبة في بداية الحمل ، كما أنه قد يؤدي إلى إصابات وخيمة للجنين عند
استعماله بعد الشهر الثالث من الحمل .

الإضاع
لقد ثبتت أن الأملوديبين يفرز في حليب الأم يكميات ضئيلة .
أثنى طبيبك إن كنت ترضعين أو على وشك الإضاع .

لا يوصى بإعطاء كوفيرام حبة للأمهات الرضيات ، ولكن طبيبك أن يختار لك علاجاً آخر إذا كنت
تضليل الإضاع خاصة إذا كان طللك حديث الولادة أو ساق لواه .

إلى سالفي السيارات والماملين على الآليات . إذا كانت الأعراض تسب
ذلك يؤثر كوفيرام حبة على قدرتك على قيادة السيارة أو تشغيل الآليات . فيجب أن تتجنبقيادة أو تشغيل

الآليات وأن تصلح بطيئيك على الفور .
يعتني كوفيرام حبة ، على سكر الحليب

إذا كان طبيبك قد سبق وأعلمك بذلك مصايب بعد تحمل بعض أنواع السكر ، فاتصل بالطبيب
قبل الماشيةتناول هذا الدواء .

3 . كيف يوحد كوفيرام ، حبة ؟
الثمرة العلاجية الصيدلانية : مثبت للتحميرة المقوية للأغريوتينين (IEC) ، والأملوديبين حاصر للكلسوم (dihydropyridines) . وإن هاتين المادتين عاملان معا في توسيع الأوعية الدموية ، ومهماً بهذا عمل القلب في ضخ الدم عبرها .

كوفيرام® 5 ملغ / 10 ملغ

بيراندوبريل أرجينين / أملوديبين

كوفيرام® 10 ملغ / 10 ملغ

بيراندوبريل أرجينين / أملوديبين

لغ

208,00

- بل أن تأخذ هذا الدواء . لأنها تحتوي على معلومات هامة لك .
- د . تحتاج ل تستند إليها من جديد .
 - أخرى أسأل الطبيب أو الصيدلاني .
 - إذا كانت لديك مشكلة مع الطبيب أو الصيدلاني . فلا يجوز إطلاعه لشخص آخر ، حتى وإن كانت الأعراض متشابهة ، فقد تلحق به الضرر .
 - لقد وصف هذا الدواء لك شخصياً . فإذا شعرت بأثار جانبية تكلم مع الطبيب أو الصيدلاني . هذا ينطبق أيضاً على جميع الآثار الجانبية الغير المنسلي بها في هذه النشرة .
 - إذا شعرت بأثار جانبية تكلم مع الطبيب أو الصيدلاني .
 - (انظر إلى مقطع 4 : «ما هي الآثار الجانبية المختللة ؟»)

اقرأ بدقة

د . إحتفظ بهذه

إذا كانت لديك

أثار جانبية

لقد وصف

إذا شعرت

بأثار جانبية

في هذه النشرة :

1 . ما هو كوفيرام ، حبة وفي أي حالة يستعمل ؟

2 . ما هي المعلومات التي ينبغي معرفتها قبلأخذ كوفيرام ، حبة ؟

3 . كيف يأخذ كوفيرام ، حبة ؟

4 . ما هي الآثار الجانبية المختللة ؟

5 . كيف ينفع كوفيرام ، حبة ؟

6 . محتوى العبوة ومعلومات إضافية .

1 . ما هو كوفيرام ، حبة وفي أي حالة يستعمل ؟

الغصة العلاجية الصيدلانية : مثبت للتحميرة المقوية للأموريتونسين (IBG) وحاصر للكلسبيوم .

كود C09BB04 ATC يوصف كوفيرام ، حبة لعلاج ارتفاع الضغط الشرياني وأعراض الأمراض الإكليلية الثابتة (في حال

تضيق أو انقطاع الدم الوارد للقلب) .

في إمكان المرضى الذين يستخدمون بواسطة البيراندوبريل والamlodipine أن يأخذوا كلا المادتين في

حصة واحدة من كوفيرام ، حبة .

إن كوفيرام ، حبة جاهزة من مادتين فعاليتين : البيراندوبريل والأملوديبين .

إن البيراندوبريل مثبت للتحميرة المقوية للأموريتونسين (IBG) ، والأملوديبين حاصر للكلسبيوم (dihydropyridines) . وإن هاتين المادتين عاملان معا في

توسيع الأوعية الدموية ، وهما بذلك يساعدان عمل القلب في ضخ الدم عبرها .

الحمل
يجب أن تخبر طبيبك إذا كنت تعقددين بالنك حامل (أو قد تصبحين) حاملاً .
عادة سوف يصحلك طبيبك بالتوقف عنأخذ كوفيرام حبة قبل حدوث الحمل أو مجرد وقوعه حيث
تصصف لك دواء آخر بدل عنه .

لا ينصح باخذ كوفيرام حبة في بداية الحمل ، كما أنه قد يؤدي إلى إصابات وخيمة للجنين عند
استعماله بعد الشهر الثالث من الحمل .

الإضاع
لقد ثبتت أن الأمولوديبين يفرز في حليب الأم بكميات ضئيلة .

أثنى طبيبك إن كنت ترضعين أو على وشك الإضاع .
لا يوصى بإعطاء كوفيرام حبة للأمهات الرضاعيات ، ولكن طبيبك أن يختار لك علاجاً آخر إذا كنت

تضليل الإضاع خاصة إذا كان طلبات حديث الولادة أو ساق لواه .

إلى سالفى السيارات والماء على الآلات . إذا كانت الأعراض تسب
ذلك يؤثر كوفيرام حبة على قدرتك على قيادة السيارة أو تشغيل الآلات . فيجب أن تتجنبقيادة أو تشغيل

الآلات وأن تصلح بطيئيك على الفور .

يعتني كوفيرام حبة ، على سكر الحليب
إذا كان طبيبك قد سبق وأعلمك بذلك مصايب بعد تحمل بعض أنواع السكر ، فاتصل بالطبيب
قبل الماشية تناول هذا الدواء .

3 . كيف يوحد كوفيرام ، حبة ؟

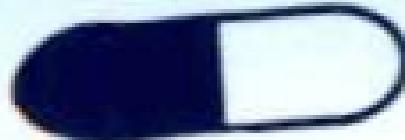
الكتاب

SERDEP® 20 mg

fluoxétine

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

te de 28 gélules
e orale



BELMAZOL® 20 mg

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle des informations importantes sur votre traitement.
Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'information médecins ou à votre pharmacien.
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.
Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la lire à nouveau.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

BELMAZOL® 20 mg

b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Per gélule :

Oméprazole 20 mg

Excipients : g.s.

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

c) FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS

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 MEDICAMENT ?

Adulte :

- Traitements des ulcères duodénaux.
- Prévention des récidives d'ulcères duodénaux.
- Traitements des ulcères gastriques.
- Prévention des récidives d'ulcères gastriques.
- En association à des antibiotiques appropriés, éradication de Helicobacter pylori (H pylori) d'ulcère gastroduodenale.
- Traitements des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque.
- Traitements de l'oesophagite par reflux.
- Traitements d'entretien des patients après cicatrisation d'une oesophagite par reflux.
- Traitements du reflux gastro-oesophagien symptomatique.
- Traitements du syndrome de Zollinger-Ellison.

Utilisation pédiatrique :

Enfant à partir de 1 an et ≥ 10 kg :

- Traitements de l'oesophagite par reflux.
- Traitements symptomatiques du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-oesophagien.

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 MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants:

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

b) MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

UTILISER CE MEDICAMENT AVEC PRECAUTION :

- 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 campylobactère.
- 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 (maladie héréditaire rares).
- Ce médicament contient un agent carbonaté azotique (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 MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

c) INTERACTIONS

Interactions médicamenteuses:

- Neflénivar, alazanavir : diminution des concentrations plasmatiques de l'alazanavir et du neflénivar en cas de coadministration avec l'oméprazole.
L'administration concomitante d'oméprazole avec le neflénivar est contre-indiquée.
- 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 ketoconazole 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.
- Sauquinavir : 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 sanguins d'oméprazole par diminution de sa métabolisation. Un ajustement de dose peut être nécessaire chez les patients souffrant d'une insuffisance hépatique sévère et si un traitement à long terme est indiqué.
- Rifampicine, millepertuis : diminution des concentrations plasmatiques d'oméprazole par augmentation de sa métabolisation.

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

d) GROSSESSE ET ALLAITEMENT

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

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

DEMANDER CONSEIL A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN AVANT DE PRENDRE TOUT MEDICAMENT.

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 :

9600

Adolescent et enfant de plus de 4 ans :

Traitement de l'ulcère duodénal associé à une infection par H.pylori :
Traitements de l'ulcère duodénal associé à une infection par H.pylori :
Potassium (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 (> 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 TOUS LES CAS VOUS DEVREZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

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 mélanger 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 remuer le mélange juste avant de le boire, puis rincer le verre avec un demi-verre d'eau et le boire.

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

VOUS DEVEZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

c) DUREE DU TRAITEMENT

VOUS DEVEZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

d) CONDUITE A 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, si nécessaire est symptomatique.

PREVENIR IMMEDIATEMENT VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

5. EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

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

Effets fréquents : troubles gastriques (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 très rares, rares : leucopénie, thrombocytopénie, agranulocytose, pancytopenie, fièvre, angioédème, réaction choc anaphylactique, hypotonie, hypomagnésémie, agitation, confusion, dépression, agressivité, hallucinations, troubles du goût, vision trouble, bronchospasme, sécheresse bucale, stomatite, candidose gastro-intestinale, hépatite avec ou sans ictere, insuffisance hépatique, encéphalopathie chez les patients ayant une insuffisance hépatique préexistante, alopecie, photosensibilité, érythème polymorphe, syndrome de Stevens-Johnson, nécrose épidermique toxique, arthralgies, myalgies, faiblesses musculaires, néphrite interstitielle, gynécomastie, hypersudation.

SIGNALER A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.

6. CONSERVATION

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

b) PRECAUTIONS PARTICULIERES 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 - Mohammadia, 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'

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas

- 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, SIGNALEZ 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 29DH30

EXP 10/2021
LOT 89021 1

nolip[®]

Rosuvastatine

30

comprimés
pelliculés

10 mg

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

Vale



Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD

Cardiologue



د. خضر محمد فؤاد

أخصائي أمراض القلب والشرايين

دريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب ساقم مستشفى الشيف خالدة بالدار البيضاء

طبيب ساقم مستشفى لوتشابير بالعاصمة

حاصل على شهادة الشخص بالصدق من جامعة بوردو بفرنسا

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca
Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca
Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne
Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II

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

Dr. Mohamed V, BERRECHID
Tél: 05 22 33 66 40
IBN SINA
CLINIQUE DE MÉDECINES MÉDICALES

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD
CARDIOLOGUE
11 - Bd Med 1^{er} Etage, Bureau N°16 BERRECHID
Tél: 05.22.32.83.08-05.22.32.83.33



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 18cm²) : OD non dilatée libre d'échos. (SOD à 15cm²)
- 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.

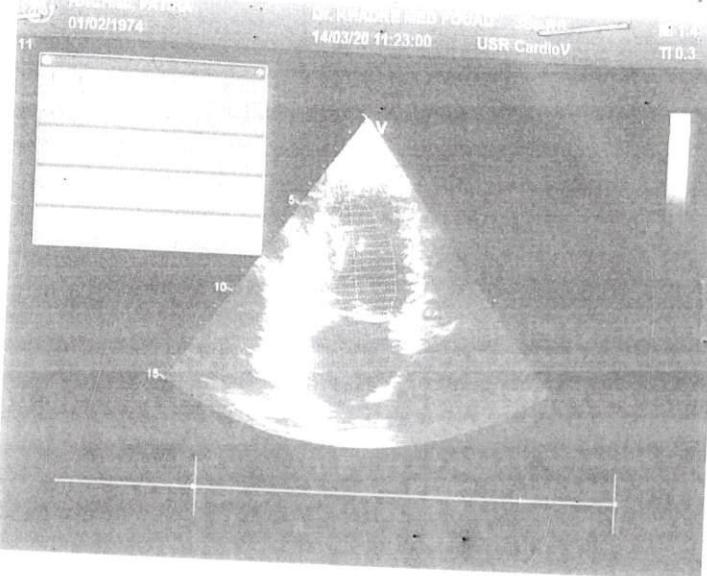
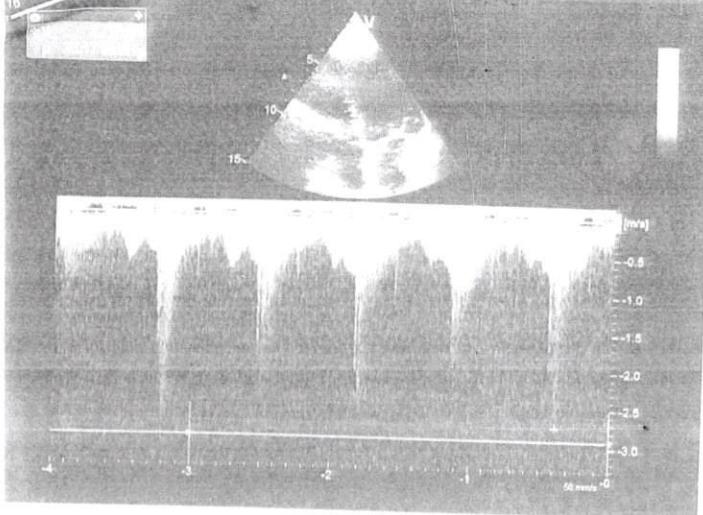
Micro-fuite d'IAo.

Pas d'HTP.

Dr.KHADRE MOHAMED FOUAD
CARDIOLOGUE
Signé: Dr KHADRE
11-Bd Med 27 - Casablanca N°16 BERRECHID
Tél:05 22.32.83.03 - 05 22.32.83.33

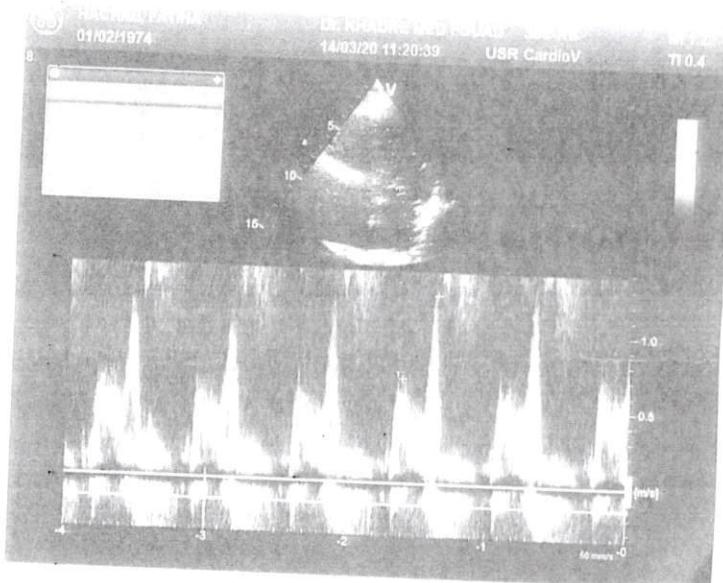
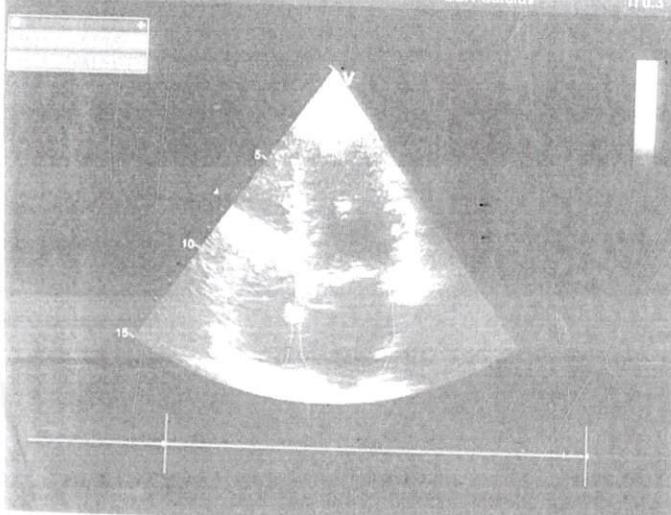
HACHMI, FATHA
01/02/1974

DR KHADEB M.D.
14/03/20 11:29:34
USR CardioV
TI 1.1



HACHMI, FATHA
01/02/1974

DR KHADEB M.D.
14/03/20 11:24:01
USR CardioV
TI 0.3



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... Echos coeur = 75000 dh

Faisant la somme de

Sept cent cinquante dinars

DR KHADRE MOHAMED FOUD
CARDIOLOGUE
11 - Bd Me Ch 1^{er} étage, Bureau N°16 BERRECHID
Tél: 05 22.32.83.02 / 05.22.32.83.33
Cachet en signature

LABORATOIRE IBN SINA

Bd Mohammed V

Tel : 05.22.33.66.43

BERRECHID

ICE : 001761756000030

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