

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0007892

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1217 Société : Rm

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 448013

Nom & Prénom : ZOUIN KADA

Date de naissance : 15/07/60

Adresse : 72 RUE DE ROSE Casablanca

Tél : 0667417088 Total des frais engagés : 6595,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/01/2023

Nom et prénom du malade : Zouin Kada Age : 62

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : H.T.A + T.S.V.

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 03 FEB 2023

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 24/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

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

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

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

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
23/11/2023		9x16	400511	Dr Saad SOUSSI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/11/23	4480,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18/11/23	D 1300	1915 DL

AUXILIAIRES MEDICAUX

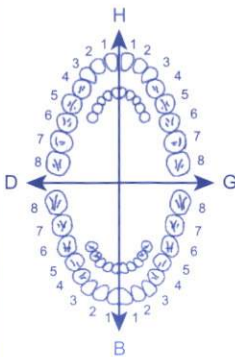
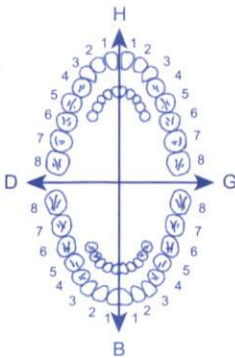
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter

الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان



Patient :

Casablanca, le

23 JAN 2023

g710x7

ZAMIR P 10

7/5

1810x9 1 q lele

Traitement de :
Trois (03) Mois

ausuel 90

7/5

89,40
x2

1/2

1/2

1/2

COBATOR

7/5

Traitement de :
Trois (03) Mois

27,40
x4

1/2

1

1

1

1

1

1

1

COBATOR

7/5

138,10
x7

1

1

1

1

1

1

1

1

COBATOR

7/5

1 q lele

356, Zénqa مصطفى المعاني (قرب زنقة الكادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

Traitement de :
Trois (03) Mois

Mb, 80, 100, 120

lependyl 16



16p, 14 x 4

Cennun 75



Traitement de :
Trois (03) Mois

1 y

00 8

4480,90

Pharmacie My Laila
Mme. Sbaï Boukris Ter
60, Bis Bd Moulay Khatib Ter
Casablanca - Tél: 22 28 04 65

Dr Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maani
Tél: 27.18.64.26.13.36 - CASA

NOTICE : INFORMATIONS DE L'UTILISATEUR

ZANIDIP® 10 mg, comprimés pelliculés sécables

Boîtes de 14 et 28

Chlorhydrate de lercanidipine

être modifié ou des effets indésirables fréquemment (voir section 2).
Informez votre médecin ou pharmacien des médicaments suivants :
• De la phénytoïne, du phénobarbital (médicaments utilisés dans l'épilepsie)
• De la rifampicine (utilisée dans la tuberculose)
• De l'astémizole ou de la terfenadine (antihistaminiques)
• De l'amiodarone, de la quinidine ou de la digoxine (médicaments utilisés pour ralentir le rythme cardiaque)
• Du midazolam (médicament pour dormir)
• De la digoxine (utilisée dans les problèmes cardiaques)
• Des bêta-bloquants

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament

LOT 221049
EXP 04 2025
PPV 97.20

P.P.V : 97.20 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

Que contient cette notice ?

1. QU'EST-CE QUE ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables

LOT 221049
EXP 04 2025
PPV 97.20

P.P.V : 97.20 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILE ?
Classe pharmacothérapeutique ANTAGONISTE-
TENSEUR - code ATC : C08CA13.
ZANIDIP contient du chlorhydrate de lercanidipine, un médicament appartenant à la famille des antagonistes calciques. ZANIDIP est utilisé dans le traitement de la hypertension artérielle, chez l'adulte, aussi appelée hypertension artérielle, chez l'adulte (il n'est pas recommandé chez les enfants).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À RETENIR POUR PRENDRE ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables

Ne prenez jamais ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables
• si vous êtes allergique à la substance active ou à l'un des composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la notice.
• Si vous souffrez de certaines maladies cardiaques :
- Obstacle à l'éjection du sang hors du cœur,
- Insuffisance cardiaque non traitée,
- Angine de poitrine au repos ou s'aggravant progressivement plus souvent (angine de poitrine instable),
- Infarctus dans le mois précédent.
• Si vous avez une maladie sévère du foie.
• Si vous avez une maladie sévère du rein ou si vous êtes en insuffisance rénale.
• Si vous prenez des médicaments qui inhibent la coagulation du sang.

Des médicaments antifongiques (comme l'itraconazole).
Des antibiotiques de la famille des macrolides ou la clarithromycine).
Des médicaments antiviraux (comme le ritonavir).
• Si vous prenez de la ciclosporine (médicament utilisé pour éviter le rejet d'un organe transplanté).
• Avec du pamplemousse ou du jus de pamplemousse.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien pour ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables.
• Si vous avez un problème cardiaque.
• Si vous avez un problème hépatique ou rénal.
• Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, informez votre médecin (voir section Grossesse, allaitement et fertilité).

Enfants et adolescents

L'efficacité et la sécurité de ce médicament chez les enfants de moins de 18 ans n'ont pas été établies.

Autres médicaments et ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament. En cas de prise concomitante, l'effet de ce médicament ou des autres médicaments peut

Conduite de véhicules et utilisation de machines

LOT 221049
EXP 04 2025
PPV 97.20

pharmacien en cas de doute.

LOT 221049
EXP 04 2025
PPV 97.20

LOT 221049
EXP 04 2025
PPV 97.20

l'hôpital. Prenez la boîte avec vous : elle est importante, cela peut causer une baisse de la tension artérielle et des battements cardiaques.
Si vous oubliez de prendre ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables
Si vous avez oublié de prendre un comprimé, ne prenez pas de dose double pour rattraper le comprimé oublié.
Si vous arrêtez de prendre ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables
Si vous arrêtez de prendre ZANIDIP 10 mg, comprimés pelliculés sécables, consultez votre médecin ou pharmacien. Si vous avez d'autres questions sur

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

CARDENSIEL®, co



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239

Voie
Veut

- G
- S
- S
- S

Dans cette notice

1. Qu'est-ce que CARDENSIEL et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les indications ?
3. Comment prendre le médicament ?
4. Quels sont les effets secondaires ?
5. Quelles sont les contre-indications ?
6. Informations complémentaires.

1. QU'EST-CE QUE CARDENSIEL ?

Classe pharmacologique

La substance

Indications

Les effets secondaires

Les contre-indications

Les précautions d'emploi

Les interactions

Les autres informations

2. COMMENT PRENDRE LE MÉDICAMENT ?

Ne pas

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

Faites attention avec CARDENSIEL:

Si vous présentez l'une des affections suivantes, indiquez-le à votre médecin avant de prendre CARDENSIEL :

ardarone® 200 mg

Chlorhydrate d'amiodarone

Comprimé sécable

SANOFI 

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez toute 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.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE CORDARONE 200 mg, comprimé sécable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE CORDARONE 200 mg, comprimé sécable ?
 3. COMMENT PRENDRE CORDARONE 200 mg, comprimé sécable ?
 4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
 5. COMMENT CONSERVER CORDARONE 200 mg, comprimé sécable ?
 6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES
 1. QU'EST-CE QUE CORDARONE 200 mg, comprimé sécable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
- ANTIARYTHMIQUE CLASSE III

Ce médicament est indiqué dans la prévention et le traitement de certains troubles du rythme cardiaque.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE CORDARONE 200 mg, comprimé sécable ?

Si votre médecin vous a déjà dit que vous présentiez une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais CORDARONE 200 mg, comprimé

sécable :

- Si vous êtes allergique à l'iode.
- Si vous êtes allergique à l'amiodarone (la substance active) ou à l'un des autres composants contenus dans Cordarone. Vous trouverez la liste des composants à la rubrique 6.
- Si vous avez une maladie (maladie) du cœur.
- Si vous avez des troubles du rythme cardiaque.
- Si votre médecin vous a prescrit un traitement.
- Si vous avez des problèmes de foie.
- Si vous avez des problèmes de reins.
- Si vous avez des problèmes de thyroïde.
- Si vous avez des problèmes de circulation avec Cordarone n'est pas contre-indiqué (voir le paragraphe 4.2 du prospectus).

Faites attention à :

sécable

Avertissement

N'interrompez pas le traitement sans avis de votre médecin.

Chez l'enfant

La tolérance

connues.

Si vous êtes porteur d'un stimulateur cardiaque (pacemaker) ou d'un défibrillateur cardiaque implantable :

Vous devrez faire vérifier par votre médecin son bon fonctionnement avant et à plusieurs reprises après le début du traitement, ainsi que lors de toute modification de la posologie.

Pendant le traitement :

Prévenez votre médecin :

- Si votre rythme cardiaque est à nouveau trop rapide ou anormalement lent.
- Si vous vous sentez anormalement essoufflé, à l'effort.
- Si vous avez des difficultés à respirer.
- Si vous présentez une toux sèche, isolée ou associée à une altération de votre état de santé.
- Si vous avez de la fièvre, ou êtes fatigué, de façon inexpliquée, ou prolongée.
- Si vous avez la diarrhée.

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, 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.



CARDIOASPIRINE®

100 mg, comprimés gastro-résistants

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

CardioAspirine 100 mg et dans quel cas est-il utilisé ?

Informations nécessaires à connaître avant de prendre Cardio

CardioAspirine 100 mg ?

Effets indésirables éventuels ?

Indications de CardioAspirine 100 mg ?

Contre-indications

CARDIOASPIRINE 100 MG ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

CardioAspirine 100 mg est utilisé comme principe actif l'acide acétylsalicylique. Ce dernier agit en inhibant la formation de plaquettes sanguines. Grâce à un enrobage résistant, il agit dans l'intestin grêle. C'est pour cette raison que CardioAspirine 100 mg doit être pris comme suit :

1. Avant de commencer le traitement, il est important de signaler à l'acidité gastrique, le

2. CardioAspirine 100 mg doit être pris comme suit :

3. CardioAspirine 100 mg doit être pris comme suit :

4. CardioAspirine 100 mg doit être pris comme suit :

5. CardioAspirine 100 mg doit être pris comme suit :

6. CardioAspirine 100 mg doit être pris comme suit :

7. CardioAspirine 100 mg doit être pris comme suit :

8. CardioAspirine 100 mg doit être pris comme suit :

- la prévention des attaques cérébrales, suite à l'apparition de signes précurseurs

9. CardioAspirine 100 mg doit être pris comme suit :

10. CardioAspirine 100 mg doit être pris comme suit :

11. CardioAspirine 100 mg doit être pris comme suit :

12. CardioAspirine 100 mg doit être pris comme suit :

13. CardioAspirine 100 mg doit être pris comme suit :

14. CardioAspirine 100 mg doit être pris comme suit :

- le traitement de l'infarctus du myocarde aigu;
- la prévention des thromboses artérielles après des opérations sur des vaisseaux;

PREZAR[®] 100 mg

Losartan

Comprimé pelliculé, Boîte de 28

Veuillez 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.

PPV 138DH10
PER 10/25
LOT L3486

PPV 138DH10
PER 04/25
LOT L1071

gélatinisé, stéarate de magnésium, croscarmellose

PPV: 138DH10
PER: 07/25
LOT: L2451

PPV 138DH10
PER 04/25
LOT 11071

PPV: 138DH10
PER: 11/25
LOT: L3803

PPV 138DH10
PER 05/25
LOT L1706

de prendre votre traitement quotidien à la même heure
PREZAR[®] 100 mg, comprimé pelliculé sans l'avis de

Chaque jour, à la même heure, prenez votre médicament.

Votre médecin décidera de la dose appropriée de PREZAR[®] 100 mg, comprimé pelliculé, en fonction de votre état. Il est important de continuer à prendre longtemps que votre médecin vous le prescrit, afin de permettre un contrôle de la tension artérielle.

PATIENTS ADULTES HYPERTENDUS

La dose habituelle d'initiation est de 50 mg de losartan une fois par jour (comprimé pelliculé sécable). L'effet sur la diminution de la pression artérielle atteint son maximum au bout de 2 semaines. Chez certains patients la dose peut, plus tard, être augmentée à 100 mg, comprimé pelliculé sécable ou 1 comprimé de PREZAR[®] 100 mg, comprimé pelliculé sans l'avis de votre médecin.

Si vous avez l'impression que l'effet de PREZAR[®] est trop fort ou trop faible, consultez votre médecin.

Enfants âgés de moins de 6 ans

PREZAR[®] n'est pas recommandé chez les enfants de moins de 6 ans, en raison de l'absence de données.

Patients adultes insuffisants cardiaques de type 2

La dose habituelle d'initiation est 50 mg de losartan une fois par jour (1 comprimé de PREZAR[®] 50 mg, comprimé pelliculé sécable). La dose peut ensuite, être augmentée à 100 mg de losartan une fois par jour (2 comprimés de PREZAR[®] 50 mg, comprimé pelliculé sécable ou 1 comprimé de PREZAR[®] 100 mg, comprimé pelliculé) en fonction de la réponse tensionnelle.

Les comprimés de losartan peuvent être pris avec d'autres médicaments antihypertenseurs (tels que les diurétiques, les inhibiteurs calciques, les alpha- ou bêtabloquants et les antihypertenseurs d'action centrale) ainsi qu'avec l'insuline et les autres médicaments antidiabétiques couramment utilisés (par exemple, sulfamides hypoglycémiques, glitazones et inhibiteurs alpha glucosidases).

Patients adultes insuffisants cardiaques

La dose habituelle d'initiation est de 12,5 mg de losartan une fois par jour. Habituellement, la dose doit être augmentée par paliers chaque semaine (c'est-à-dire 12,5 mg par jour la première semaine, 25 mg par jour la deuxième semaine, 50 mg par jour la troisième semaine, 100 mg par jour la quatrième semaine, 150 mg par jour la cinquième semaine) jusqu'à la dose d'entretien établie par votre médecin. Une dose maximale de 150 mg de losartan une fois par jour peut

être utilisée (100 mg, comprimé pelliculé). Dans le traitement de l'hypertension, PREZAR[®] augmente l'efficacité du traitement. Posologie chez les enfants : Le médecin prescrit la dose en fonction de l'âge et du poids du patient. Les comprimés de PREZAR[®] sont disponibles en 25 mg, 50 mg, 100 mg et 150 mg. L'utilisation de PREZAR[®] chez les enfants de moins de 6 ans n'est pas recommandée. Ne prenez pas PREZAR[®] si vous êtes enceinte ou si vous envisagez de le faire.

Si vous êtes enceinte ou si vous envisagez de le faire, consultez votre médecin. PREZAR[®] peut entraîner une augmentation de la tension artérielle. Si vous avez des symptômes de tension artérielle élevée (tête lourde, vertiges, maux de tête, etc.), consultez votre médecin. PREZAR[®] peut entraîner une augmentation de la fréquence cardiaque. Si vous avez des symptômes de fréquence cardiaque élevée (palpitations, etc.), consultez votre médecin. PREZAR[®] peut entraîner une augmentation de la fréquence urinaire. Si vous avez des symptômes de fréquence urinaire élevée (besoin fréquent d'uriner, etc.), consultez votre médecin.

Une réaction allergique peut survenir chez certains patients. Si vous avez des symptômes de réaction allergique (rougeurs, gonflement, etc.), consultez votre médecin. PREZAR[®] peut entraîner une augmentation de la fréquence urinaire. Si vous avez des symptômes de fréquence urinaire élevée (besoin fréquent d'uriner, etc.), consultez votre médecin. PREZAR[®] peut entraîner une augmentation de la fréquence urinaire. Si vous avez des symptômes de fréquence urinaire élevée (besoin fréquent d'uriner, etc.), consultez votre médecin.

Si vous avez des symptômes de fréquence urinaire élevée (besoin fréquent d'uriner, etc.), consultez votre médecin. PREZAR[®] peut entraîner une augmentation de la fréquence urinaire. Si vous avez des symptômes de fréquence urinaire élevée (besoin fréquent d'uriner, etc.), consultez votre médecin. PREZAR[®] peut entraîner une augmentation de la fréquence urinaire. Si vous avez des symptômes de fréquence urinaire élevée (besoin fréquent d'uriner, etc.), consultez votre médecin.

Constipation, Diarrhée, Nausées, Vomissements.

Si vous avez des symptômes de fréquence urinaire élevée (besoin fréquent d'uriner, etc.), consultez votre médecin. PREZAR[®] peut entraîner une augmentation de la fréquence urinaire. Si vous avez des symptômes de fréquence urinaire élevée (besoin fréquent d'uriner, etc.), consultez votre médecin. PREZAR[®] peut entraîner une augmentation de la fréquence urinaire. Si vous avez des symptômes de fréquence urinaire élevée (besoin fréquent d'uriner, etc.), consultez votre médecin.

Si vous avez des symptômes de fréquence urinaire élevée (besoin fréquent d'uriner, etc.), consultez votre médecin. PREZAR[®] peut entraîner une augmentation de la fréquence urinaire. Si vous avez des symptômes de fréquence urinaire élevée (besoin fréquent d'uriner, etc.), consultez votre médecin. PREZAR[®] peut entraîner une augmentation de la fréquence urinaire. Si vous avez des symptômes de fréquence urinaire élevée (besoin fréquent d'uriner, etc.), consultez votre médecin.

Taux bas de sodium, Dépression, Sensation de fatigue, Tintement des oreilles, Troubles du sommeil.



LIPANTHYL® 160 mg, comprimé pelliculé
Fénofibrate

Fénofibrate

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.

608070A

maphar ○
ZI Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V.: 116.80 DH



608070A

ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V.: 116,80 DH



1. Qu'est-ce que LIPANTHYL 160 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?

608070A

maphar ○
ZI Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V.: 116,80 DH



608070A

maphar ○
ZI Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
PPV : 116 80 DH



008070A

ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL 160 mg CP PEL B30
P.P.V.: 16,80 DH



608070A

maphar ○
ZI Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
RPV : 116.80 DH



6U8070A

maphar ○
ZI Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V.: 116,80 DH



INATRE AVANT DE elliculé ?

né pelliculé si :

rate, ou à l'un des
rubrique 6 « Autres

- Vous êtes allergique à la cacahuète, à l'huile d'arachide, à la lécithine de soja ou tout produit apparenté.
- Vous avez déjà eu des réactions allergiques ou des lésions cutanées lors d'une exposition au soleil ou à la lumière artificielle UV pendant un traitement médicamenteux (incluant fibrates et un médicament anti-inflammatoire, appelé le kétoproène).
- Vous avez de graves problèmes de foie, des reins ou de la vésicule biliaire.

- Vous avez une pancréatite (inflammation du pancréas) qui conduit à des douleurs abdominales. Cette douleur est due à un niveau élevé de cholestérol.
- Ne prenez pas LIPANTHYL 160 si vous avez l'un des cas mentionnés ci-dessus vous devez consulter votre médecin ou pharmacien avant de commencer le comprimé pelliculé.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin
LIPANTHYL 160 mg, comprimé pel

doute, parlez-en à votre médecin.

Effets sur les muscles :

Arrêtés de prendre | IPANTHYL 160

problèmes renaux graves et éventuellement en test

- Vous consommez de grandes s...
- Vous prenez des médicaments pour le cholestérol appelés « statines », comme la pravastatine, la rosuvastatine ou...
- Vous avez déjà eu des problèmes de foie par statines ou fibrates, tels que le gemfibrozil.

Si l'un des cas mentionnés ci-dessus vous inquiète, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ce médicament est un comprimé pelliculé.

Enfants

Sans objet.

Autres médicaments et LIPANTH

Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous avez récemment pris ou pourriez prendre :

Clopidogrel

Comprimés pelliculés en boîtes de 14 et 28

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

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne

PPV : 160DH00

Lot n°:

Exp :

- Exp :

PPV: 160DH00

Lot n°:

Exp :

CERL[®] est utilisée chez l'adulte pour éviter la formation de caillots sanguins (thrombus) dans les veines.

PPV: 160DH00

Lot n°:

Exp :

- Vous avez eu une douleur thoracique grave connue sous le nom "d'angor instable" ou "d'infarctus du myocarde" (crise cardiaque). Pour cela, vous avez pu bénéficier d'une pose stent dans l'artère bouchée ou rétrécie afin de rétablir une circulation sanguine efficace. Votre médecin doit également vous prescrire de l'acide acétylsalicylique (substance présente dans de nombreux médicaments utilisée pour soulager la douleur et faire baisser la fièvre, mais aussi pour prévenir la formation de caillots sanguins).

- Vous avez une fréquence cardiaque irrégulière, malade appelée fibrillation auriculaire, et vous ne pouvez pas être traité par les médicaments appelés « anticoagulants oraux » (antivitamines K) qui empêchent la formation de nouveaux caillots sanguins et la croissance de caillots sanguins déjà présents. Les antivitamines K sont plus efficaces que l'acide acétylsalicylique ou que l'association de CERUVIN® et d'acide acétylsalicylique pour cette maladie. Votre médecin vous a prescrit CERUVIN® et de l'acide acétylsalicylique si vous ne pouvez pas être traité par des anticoagulants oraux et si vous ne présentez pas de risque majeur de saignement.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE CERUVIN® ?

Ne prenez jamais CERUVIN®

- Si vous êtes allergique (hypersensible) au clopidogrel ou à l'un des autres composants contenus dans la notice.
- Si vous avez eu une réaction allergique à l'un des médicaments mentionnés dans la rubrique informations supplémentaires.
- Si vous avez une maladie actuellement ou récemment soignée par un traitement qui provoque des saignements tel qu'un ulcère de l'estomac ou du duodénum, du sang dans le cerveau;
- Si vous souffrez d'insuffisance hépatique sévère.
- Si vous pensez être dans l'un de ces cas ou si vous n'êtes pas sûr, consultez votre médecin avant de prendre CERESSE.

Avertissements et précautions :

PPV: 160DH00

Lot n°:

Exp:

江-1L

PPV: 160DH00

Lot n°:

Exp :

asse
Les
ng et
chant
nt le
appelé

on c
te
so
ula
eurs

PPV : 160DH00

Lot n° :

Exp:

si ça éloignement vous préoccupe, vous d

PPV: 160DH00

Lot n°:

Exp :

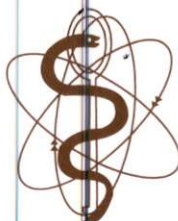
l'utilisation de CERUVIN® ou vice-versa.

Vous devez informer avec précision votre n° et le prendre :

- des médicaments qui peuvent augmenter saignement tels que :
 - des anticoagulants oraux (médicaments utilisés la coagulation du sang), un anti-inflammatoire médicament utilisé habituellement pour traiter les maladies inflammatoires des muscles ou de l'héparine ou tout autre médicament injecté

Laboratoire Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie moléculaire
Biologie Spécialisée
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prénatal



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

FACTURE N° 2301180012

Mr Kada ZOUIN

Demande N° 2301180012

Date de l'examen : 18-01-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	ALAT (transaminase TGP)	B50	B
	ASAT (transaminase TGO)	B50	B
	Cholestérol	B30	B
	Calcium	B30	B
	Créatinine	B30	B
	HbA1c	B100	B
	Potassium	B30	B
	Triglycérides	B50	B
	PSA Total	B300	B
	LDL Dosage direct	B50	B
	Vitesse de sédimentation	B30	B
	Protéines totales	B30	B
	Urée	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	Sodium	B30	B
	Chlore	B30	B
	TSHus	B200	B
	Acide Urique	B30	B
	NF	B80	B
	Cholestérol HDL	B50	B
	Bicarbonates	B40	B

Total des B : 1300

TOTAL DOSSIER : 1715 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille sept cent quinze dirhams. DH

**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
Prénoms et les Dates des Analyses.**



Bilan Biologique

Le: 17/01/2023

Nom/Prénom: Youssef KAA

Âge:

Sexe: H ☐ F ☐

Hématologie

- ☒ NFS
- ☒ Plaquettes
- ☒ VS
- ☒ CRP
- ☐ Hémoculture

Bilan lipidique

- ☒ Cholestérol total
- ☒ Cholestérol HDL
- ☒ Cholestérol LDL
- ☒ Triglycérides

Groupe sanguin

- ☐ ABO
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI

Bilan martial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☐ Ferritine
- ☐ Transferrine

Fonction hépatique et enzymologie

- ☐ Amylasémie
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ Phosphatases acides
- ☐ Phosphatases alcalines
- ☐ Lactate Déshydrogénase LDH
- ☒ Transaminases ASAT, ALAT
- ☒ Gamma-GT
- ☐ 5'Nucléotidase
- ☐ CPK (Créatine phosphokinase)
- ☐ Troponine
- ☐ Electrophorèse des protéines EPP
- ☐ BNP

Sérologie et Immunologie

- ☐ VDRL-TPHA
- ☐ Hépatite B
-
-
-
- ☐ Hépatite C
-
-
- ☐ Sérologie Toxoplasmose
- ☐ Sérologie Rubéole
- ☐ β -HCG Plasmaticque
- ☐ Facteur Rhumatoïde : (Latex, Waaler Rose)
- ☐ Anticorps anti-nucléaires
- ☐ Anticorps anti-DNA natif
- ☐ ASLO
- ☐ Dosage du complément

Hémostase

- ☐ Temps de Prothrombine
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ INR

Glucose

- ☒ Glycémie à jeun
- ☐ Hyperglycémie par VO
- ☐ Hémoglobine glyquée

Ionogramme urinaire

- ☐ Ca++
- ☐ Phosphore
- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine

Ionogramme sanguin

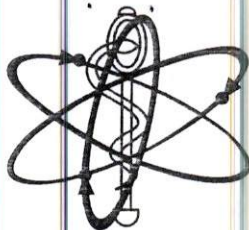
- ☒ Na+
- ☒ K+
- ☒ Cl-
- ☒ Ca++
- ☐ Phosphore
- ☐ Mg++
- ☒ Bicarbonates (HCO3-)
- ☒ Urée
- ☒ Créatinine
- ☒ Acide urique

Examen des urines

- ☐ Protéinurie des 24h
- ☐ ECBU
- ☐ Antibiotogramme

PSA TSNU
Dr Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maani
Tél: 22.18.84.26.13.36 - CASA

Autres :



Mr Kada ZOUIN

Né(e) le : 15-07-1950

Dossier N° : 2301180012

Date de l'examen : 18-01-2023

Prélevé le : 18-01-2023 08:51 en externe

Edité le : 18-01-2023

DR : Saad SOULAMI

Adresse : 356, rue Mostapha El Maani 1er étage casablanca

Page 1 / 3



ACCREDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

HEMATOCYTOLOGIE

Hémogramme

Cytométrie de flux sur ABX Pentra (échantillon primaire : sang total EDTA)

Leucocytes [AC]	4.20	milliers/ μ l	(4.00-10.00)	10-06-2022	3.70
Hématies : [AC]	4.35	millions/ μ l	(4.50-6.50)		4.54
Hémoglobine : [AC]	13.4	grs/dL	(13.0-17.0)		13.6
Hématocrite : [AC]	40.0	%	(40.0-54.0)		42.3
VGM : [AC]	92.0	μ 3	(80.0-100.0)		93.0
TCMH : [AC]	30.7	pg	(27.0-32.0)		30.0
CCMH : [AC]	33.4	g/dl	(32.0-36.0)		32.1
RDW : [AC]	12.9	%	(11.0-16.0)		13.1
Polynucléaires Neutrophiles :	57.0	%			55.3
Soit:	2.39	milliers/mm3	(2.00-7.50)		2.05
Polynucléaires Eosinophiles :	2.0	%			2.1
Soit:	0.08	milliers/mm3	(0.00-0.50)		0.08
Polynucléaires Basophiles :	0.5	%			0.3
Soit:	0.02	milliers/mm3	(0.00-0.20)		0.01
Lymphocytes :	31.8	%			35.6
Soit:	1.34	milliers/mm3	(1.00-4.00)		1.32
Monocytes :	8.7	%			6.7
Soit:	0.37	milliers/mm3	(0.20-1.00)		0.25
Plaquettes : [AC]	170		(150-500)		157

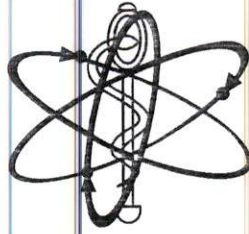
Vitesse de sédimentation

VS 1ère heure	21	mm	10-06-2022	5
(VES-MATIC EASY)				
Valeur normale inférieure à	36			36

BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeun [AC]	1.05	g/l	(0.74-1.09)	10-06-2022	0.93
(Enzymatique HK/G6PDH- Cobas 6000® Roche)	5.88	mmol/l	(4.11-6.05)		





ACCREDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

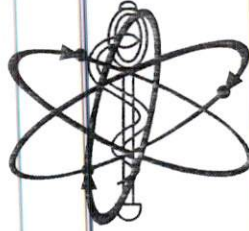
Urée [AC] (Cinétique Urease/GLDH-Cobas 6000® – Roche)	0.65	g/l	(0.17–0.49)	10-06-2022
	10.82	mmol/l	(2.76–8.08)	0.56
Créatinine [AC] (Jaffé, Colorimétrique Cinétique– Cobas 6000® Roche)	16.8	mg/l	(7.0–12.0)	10-06-2022
	148.7	μmol/l	(62.0–106.2)	17.1
Acide Urique [AC] (Colorimétrique enzymatique Uricase/PAP – Cobas 6000® Roche)	57	mg/l	(34–70)	10-06-2022
	339.2	μmol/l	(202.3–416.5)	55
Cholestérol total [AC] (Colorimétrique Enzymatique – Cobas 6000® Roche)	1.24	g/l	(<2.00)	10-06-2022
	3.21	mmol/l	(<5.17)	1.26
HDL-Cholestérol [AC] (Enzymatique Colorimétrique Cobas 6000® Roche)	0.40	g/l	(>0.55)	10-06-2022
	1.03	mmol/l	(>1.42)	0.42
LDL-Cholestérol (direct) [AC] (Enzymatique Colorimétrique – Cobas 6000® Roche)	0.68	g/L	(<1.55)	
	1.76	mmol/L	(<4.01)	
Les valeurs suivantes représentent les taux chez l'adulte en terme de risque de maladie coronarienne : – Faible: <1.29 g/L (2.59 mmol/L) – Intermédiaire: 1.30 à 1.59 g/L (3.35 à 4.12 mmol/L) – Elevé: 1.60 à 1.89 g/L (4.13 à 4.92 mmol/L) – Très élevé: >1.90 g/L (>4.92 mmol/L)				
Triglycérides [AC] (GPO/PAP – Cobas 6000® Roche)	1.09	g/l	(<1.50)	10-06-2022
	1.23	mmol/l	(<1.70)	1.29
HBA1c [AC] (Automate HLC-723G7 /HPLC)	6.0	%	(4.0–6.0)	

IONOGRAMME SANGUIN

Echantillon primaire : plasma hépariné

Sodium (Na) (ISE Indirect– Cobas 6000® Roche)	143	mEq/l	(136–145)	10-06-2022
	143	mmol/l	(136–145)	142
Potassium (K) [AC] (ISE indirect Cobas 6000® Roche)	4.9	mEq/l	(3.4–4.5)	10-06-2022
	4.9	mmol/l	(3.4–4.5)	4.8





ACCREDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

Chlore (Cl) [AC] (ISE indirect Cobas 6000® Roche)	107 mEq/l	(98-107)	10-06-2022 107
---	-----------	----------	-------------------

Bicarbonates (Enzymatique- Cobas 6000® Roche)	25.0 mmol/l	(22.0-29.0)	10-06-2022 24.6
---	-------------	-------------	--------------------

Calcium [AC] (5-Nitro 5-méthyl-BAPTA Cobas 6000® Roche)	99 mg/l 2.47 mmol/l	(88-102) (2.20-2.54)	10-06-2022 98
---	------------------------	-------------------------	------------------

Protéines totales [AC] (Colorimétrique Biuret- Cobas 6000® - Roche)	73 g/l	(44-87)	10-06-2022 73
---	--------	---------	------------------

ENZYMOLOGIE

Transaminases GOT (ASAT) [AC] (IFCC, sans PYP- Cobas 6000® Roche)	27 UI/L	(<40)	10-06-2022 25
---	---------	-------	------------------

Transaminases GPT (ALAT) [AC] (IFCC, sans PYP Cobas 6000® Roche)	15 UI/L	(<41)	10-06-2022 15
--	---------	-------	------------------

BILAN THYROIDIEN

Echantillon primaire : Sérum

TSHus [AC] (ECLIA - COBAS 6000® Roche)	3.37 µUI/ml	(0.27-4.20)	10-06-2022 2.38
--	-------------	-------------	--------------------

MARQUEURS TUMORAUX

échantillon primaire : sérum

PSA Total [AC] (ECLIA- COBAS 6000® Roche)	5.470 ng/mL	(<4.400)	10-06-2022 3.850
---	-------------	----------	---------------------



Last: ZOUINE
First: KADA
ID:
DOB:
Age: 0yr
Sex:

23-Jan-2023 12:50:08

Vent rate: 56 BPM
PR int: * ms
QRS dur: 139 ms
QT/QTc: 424 / 415 ms
P-R-T axes: * -7 107

FIBRILLATION AURICULAIRE A REponse VENTRICULAIRE LENTE
RETARD NON SPECIFIQUE DE CONDUCTION INTRAVENTRICULAIRE
ECG ANORMAL
ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Revu par _____



Site Zero

Site # 0 Cart # 0 ELI Link 4.11.6.0 Sequence # 60880 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz