

## 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 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0029831

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4489 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ABDELHADI

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 : .....

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

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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

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

Fait à : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-029831

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 : .....



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

188850

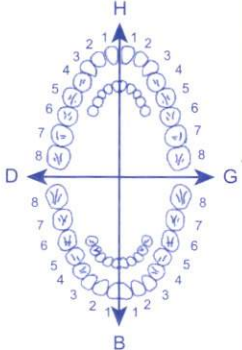
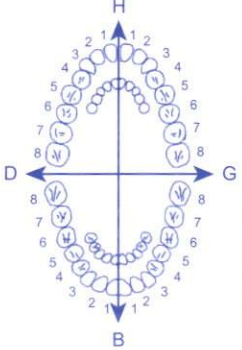
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 canalaires, 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>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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



## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

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

### Adresses Mails utiles

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

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

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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-654968

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 204485 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDELMOUMEN ABDELHADI

Date de naissance : 05/05/1960

Adresse : 970 LOT Yasmine Mohammed

Tél. : 0663 641951 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Hôpital Universitaire International  
Mohammed VI  
Pr Abdelhamid NAJLHO  
Médecine Interne

Date de consultation : 4/05/2023 N° 101107068

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) :

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
				INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

*Hôpital Universitaire Mohammed VI  
Pr Abdelhamid NAJIA  
Médecine Interne  
N°PE 101107088*

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/05/2023	211,80

*Pharmacie PONTABONDIN  
Place Tria 248 B  
C.R. El Mansour  
Ben Soudane  
Tel/Fax : 05 23 30 30 30  
RC Alger 15000000000000000000  
N°PE 101107088*

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/05/2023	Edo. Nensh	500,00

*RADIOLOGIE MEDICALE  
Dr SLJMANI  
Av. Abdelrahman Garghimi  
Tel 05 23 32 00 12*

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]												
				MONTANTS DES SOINS [ ]												
				DEBUT D'EXECUTION [ ]												
				FIN D'EXECUTION [ ]												
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		D	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H															
	D	G														
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS [ ]												
				DATE DU DEVIS [ ]												
				DATE DE L'EXECUTION [ ]												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

ORDONNANCE

4/05/2023

Bouskoura, le :

ABDEL KOUJEN ASSA

99,100

D. NOR 20 mg



①

1 gel 1/2 le soir



30,170

②

ICARJENE 75

1 cart 1/2 le soir



82,110

③

INEXIUM 200

1 gel 1/2



211,870

Hôpital Universitaire International  
Mohammed VI  
Pr Abdelhamid NAITLHO  
Medecine Interne  
N°PE 101107068





# KARDEGIC® 75mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine  
poudre pour solution buvable en sachet-dose

SANOFI

**Veuillez 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. • Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres. • Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

## 1. QU'EST-CE QUE KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

### Classe pharmacothérapeutique :

ANTI-THROMBOTIQUE/INHIBITEUR DE L'AGREGATION PLAQUETTAIRE, HEPARINE EXCLUE.

Ce médicament contient de l'aspirine. KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose appartient à la famille des inhibiteurs de l'aggrégation plaquettaire. KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose agit sur les plaquettes présentes dans le sang et permet de fluidifier le sang.

### Indications thérapeutiques :

KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose est utilisé pour prévenir les récurrences d'accidents vasculaires cérébraux ou cardiaques provoqués par des caillots dans les artères du cerveau ou du cœur.

Votre médecin peut décider d'associer ce médicament à d'autres traitements s'il le juge nécessaire.

Ce médicament est réservé à l'adulte. Vous ne devez pas débuter un traitement par KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose sans l'accord de votre médecin.

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose ?

### Ne prenez jamais KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose :

- si vous êtes allergique à la substance active (l'acétylsalicylate de DL-lysine) ou à l'un des autres composants contenus dans KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose, mentionnés dans la rubrique 6,
- si vous êtes allergique (hypersensible) à un médicament de la même famille que l'aspirine (les anti-inflammatoires non stéroïdiens = AINS),
- si vous êtes enceinte, à partir du début du 6ème mois de grossesse (au-delà de 24 semaines d'aménorrhée) pour des doses supérieures à 100 mg par jour,
- si vous avez ou avez déjà eu de l'asthme ou des crises nasales associées à un asthme provoqué par la prise d'aspirine ou d'un médicament de la même famille (les AINS),
- si vous souffrez actuellement d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum,
- si vous avez déjà eu une hémorragie ou une perforation au niveau de l'estomac après avoir pris de l'aspirine ou un autre médicament de la même famille (les anti-inflammatoires non stéroïdiens),
- si vous souffrez de saignements ou si votre médecin a identifié chez vous des risques de saignements,

- si vous avez une maladie grave du foie, des reins ou du cœur,
- si vous êtes atteint d'une mastocytose (maladie des cellules impliquées dans les réactions allergiques) car il existe un risque de réactions allergiques sévères.

### Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose.

### Avant de prendre ce médicament, prévenez votre médecin :

- si vous avez une maladie héréditaire des globules rouges, appelée déficit en G6PD, car des doses élevées d'aspirine peuvent alors provoquer une destruction des globules rouges,
- si vous avez déjà eu un ulcère de l'estomac ou du duodénum ou une inflammation de l'estomac (gastrite),
- si vous avez déjà eu des saignements digestifs (vomissements de sang ou présence de sang dans les selles),
- si vous avez une maladie des reins ou du foie,
- si vous avez une hypertension artérielle (tension artérielle élevée),
- si vous avez des règles abondantes.

Des syndromes de Reye, pathologies très rares mais présentant un risque vital, ont été observés chez des enfants avec des signes d'infection virale (en particulier varicelle et épisodes d'allure grippale) et recevant de l'acide acétylsalicylique. KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose

ne doit pas être administré aux enfants et aux adolescents. Pendant le traitement, des saignements ou des douleurs dans le ventre peuvent survenir de ces effets augmentés avec la dose, chez les personnes ayant déjà souffert d'ulcère de l'estomac, chez les personnes ayant déjà souffert d'ulcère de l'intestin, chez les personnes ayant déjà souffert d'ulcère de l'association à certains médicaments (voir rubrique 4). Autres médicaments : KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose. Consultez immédiatement votre médecin en cas de saignements ou de taches survenant de tels effets.

### Si une intervention chirurgicale est prévue :

L'aspirine augmente les risques de saignements même à de très faibles doses. Arrêtez de prendre ce médicament au moins 7 jours avant la dernière prise de ce médicament avant de plusieurs jours.

Prévenez votre médecin traitant, votre chirurgien, l'anesthésiste ou votre dentiste avant de subir une intervention chirurgicale, même mineure, ed envisagez d'autres médicaments, dans le cas où une opération, même mineure, est envisagée.

### Enfants et adolescents :

Par paragraphe ci-dessus. Avant de prendre ce médicament, prévenez votre médecin. KARDEGIC ne doit pas être administré aux enfants et aux adolescents.

Autres médicaments et KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose :

Ce médicament contient de l'aspirine. D'autres médicaments en contiennent aussi. Ne prenez pas KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose en même temps que d'autres médicaments contenant de l'aspirine ou un médicament de la même famille, comme par exemple l'ibuprofène, sans en parler à votre médecin ou à votre pharmacien. L'association de ces médicaments à KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose pourrait entraîner un surdosage et augmenter ainsi le risque d'effets indésirables, notamment les saignements.

Lisez attentivement les notices des autres médicaments que vous prenez afin de vous assurer que ces médicaments ne contiennent pas d'aspirine et/ou d'anti-inflammatoire stéroïdien.

Sauf avis contraire de votre médecin, vous ne devez pas prendre KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose en même temps que :

- un anticoagulant oral (médicament utilisé pour fluidifier le sang) si vous avez un antécédent d'ulcère de l'estomac ou du duodénum,
  - un autre médicament à base de télopidolone ou clopégrel (médicaments utilisés pour le sang), sauf dans certaines situations où votre médecin pourra vous prescrire conjointement l'aspirine et le clopégrel,
  - un autre médicament à base de benzotriazole ou probénécide (médicaments utilisés pour traiter la goutte),
  - un autre médicament à base d'anagrelide (médicament utilisé pour diminuer le nombre de plaquettes dans le sang),
  - le ticagrelor en dehors des indications validées,
  - un autre médicament à base de diltiazem (médicament utilisé pour le traitement d'une maladie dans laquelle les vaisseaux sanguins du cœur sont endommagés et obstrués par des caillots sanguins) ou nicorandil (médicament utilisé pour traiter l'angine de poitrine).
- Informez votre médecin si vous prenez un médicament à base de :
- méthotrexate utilisé à des doses supérieures à 20 mg/semaine (médicament utilisé pour traiter certains cancers),
  - topiques gastro-intestinaux, antidiarrhéiques et adsorbants (médicaments utilisés pour traiter les douleurs digestives ou les ulcères digestifs).

... et les médicaments à base d'aspirine ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens utilisés dans le traitement de la douleur et de la fièvre.



... et les médicaments utilisés pour traiter la

... et récemment pris ou pourriez prendre

... et sachet-dose avec des aliments, boissons

... et tement en raison d'un risque augmenté de

### Grossesse, allaitement et fertilité

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre tout médicament.

**Grossesse :** Ce médicament contient de l'aspirine (acide acétylsalicylique). Ne prendre AUCUN AUTRE médicament contenant de l'aspirine (y compris les médicaments sans ordonnance).

**Jusqu'à 100 mg par jour :** Pendant toute la grossesse, si nécessaire, votre médecin spécialiste

# LD-NOR®

## 10 mg, 20 mg & 40 mg, Comprimé pelliculé (DCI: Atorvastatine)

- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
  - Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
  - Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie ne sont pas présents.
  - Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin.

Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que LD-NOR, comprimé pelliculé et
2. Quelles sont les informations à connaître avant
3. Comment prendre LD-NOR, comprimé pelliculé
4. Quels sont les effets indésirables éventuels?
5. Comment conserver LD-NOR, comprimé pelliculé
6. Informations supplémentaires

**1. QU'EST-CE QUE LD-NOR, comprimé pelliculé**  
LD-NOR appartient à un groupe de médicaments des lipides (graisses).

LD-NOR est utilisé pour diminuer le taux sanguin de lipides. Il est prescrit pour réduire le risque de maladie du cœur, si vous présentez des facteurs de risque de survenue de maladie du cœur, LD-NOR peut vous aider à réduire ce risque même si votre taux de cholestérol est normal. Vous devez continuer à poursuivre un régime alimentaire standard pauvre en cholestérol pendant toute la durée du traitement.

### 3. COMMENT PRENDRE LD-NOR, comprimé pelliculé?

Avant que vous ne commenciez le traitement, votre médecin vous prescrira un régime pauvre en cholestérol, que vous devrez poursuivre pendant toute la durée de votre traitement par LD-NOR.

La posologie initiale habituelle de LD-NOR est de 10 mg en une prise par jour chez les adultes et enfants âgés de 10 ans ou plus. La posologie peut être augmentée si nécessaire par votre médecin jusqu'à la posologie dont vous avez besoin. La posologie sera adaptée par votre médecin à intervalles d'au moins 4 semaines. La dose maximale de LD-NOR est de 80 mg une fois par jour.

Les comprimés de LD-NOR doivent être avalés entiers avec un verre d'eau et peuvent être pris à tout moment de la journée, avec ou sans aliments. Essayez cependant de prendre votre comprimé tous les jours à la même heure.

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

La durée du traitement par LD-NOR, comprimé pelliculé est déterminée par votre médecin.

Si vous pensez que l'effet de LD-NOR est trop fort ou trop faible, parlez-en à votre médecin.

Ne prenez pas plus de comprimés de LD-NOR que vous n'auriez dû.

Si vous avez oublié de prendre un comprimé de LD-NOR, ne prenez pas de supplément. Parlez-en immédiatement à votre médecin, votre pharmacien ou l'hôpital le plus proche.

LOT : 230589  
EXP : 03/2026  
PPV : 99.000H

LD-NOR 20mg  
30 comprimés pelliculés



Rare : peut affecter jusqu'à 1 personne sur 1 000







HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

## ORDONNANCE

Bouskoura, le : 04/05 2023

Abdelmoumen Assia

Echographie rénale

↳ Patiente de 53 ans, sans  
antécédents particuliers, avec douleurs  
lombaires gauches (notion de lithiase  
rénale)  
Dyslipidémie.

Hôpital Universitaire International  
Mohammed VI

Pr Abdelhamid NAITLHO  
Médecine Interne

INPE 101107068

# CABINET DE RADIOLOGIE DE MOHAMMEDIA



- ✓ RADIOLOGIE GÉNÉRALE NUMÉRISÉE
- ✓ PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE
- ✓ MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE
- ✓ ECHOGRAPHIE DOPPLER COULEUR
- ✓ SCANNER SPIRALÉE (3D)
- ✓ OSTÉODENSITOMETRIE

Dr SLIMANI H. Nouredine (RADIOLOGUE)  
Diplôme de la faculté de médecine (Amiens – France)  
CES de radiologie & diplôme en échographie  
Ex. Attache au chu (Amiens – France)

Dr BELEFQIH Mounir (RADIOLOGUE)  
Diplôme de la faculté de médecine de (Nancy - France)  
Ex. Attache au chu de (Nancy - France)

Mohammedia , le 11/05/2023

PATIENT : ABDELMOUMEN ASSIA

MEDECIN : DR NAIT LHO

EXAMEN(S) REALISE(S) : **ECHOGRAPHIE RENALE**

## COMPTE RENDU

- L'analyse échographique de cet examen met en évidence des reins de taille de situation et d'échostructure normale, bien différenciés avec absence d'image de lithiase bien individualisable générant un cône d'ombre postérieur.
- Absence de dilatation des cavités pyélo-calicielles.
- Le cortex rénal est de contours régulier d'épaisseur normale.
- Absence d'anomalie vésiculo-pancréatique ou splénique.
- Légère hépatomégalie hyperéchogène d'allure stéatosique.
- Absence d'épanchement intra- péritonéal
- Vessie bien remplie résultat de morphologie normale, sans masse annexielle.

**AU TOTAL : - Absence d'anomalie morphologique du contenu abdomino-pelvien notamment du rein gauche.**

- Sur le scanner réalisé le mois -9 2022, absence de dilatation des cavités rénales notamment gauches ; petite image de 2 à 3 mm très peu dense en regard de la partie moyenne du rein gauche (calcifications artérielle ou très petite lithiase ?).

En vous remerciant de votre confiance

RADIOLOGIE MOHAMMEDIA  
Dr SLIMANI & Dr BELEFQIH  
Av Abderrahmane Serghini ①  
Tél 05 23 32 00 19 / Fax 05 23 31 58 45



# CABINET DE RADIOLOGIE DE MOHAMMEDIA



- ✓ RADIOLOGIE GÉNÉRALE NUMÉRISÉE
- ✓ PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE
- ✓ MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE
- ✓ ECHOGRAPHIE DOPPLER COULEUR
- ✓ SCANNER SPIRALÉ (3D)
- ✓ OSTÉODENSITOMETRIE

Dr SLIMANI H.Noureddine (RADIOLOGUE)  
Diplôme de la faculté de médecine (Amiens – France)  
CES de radiologie & diplôme en échographie  
Ex. Attaché au C.H.U (Amiens – France)

Dr BELEFQIH Mounir (RADIOLOGUE)  
Diplôme de la faculté de médecine de (Nancy - France)  
Ex. Attaché au C.H.U de (Nancy - France)

Mohammedia, le 11/05/2023

Facture N°2023/05.459

Nom patient : ABDELMOUMEN ASSIA

Examen(s) réalisé(s) : ECHOGRAPHIE RENALE

Montant : Cinq cents (500 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**CINQ CENTS DH**

**REGLEMENT : ESPECES**

RADIOLOGIE MOHAMMEDIA  
Dr SLIMANI & Dr BELEFQIH  
Av Abderrahmane Serghini ①  
Tél 05 23 32 00 19 / Fax 05 23 31 58 49