

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

M23- *020401

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1520 Société : 177940

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAAMANE ABDEL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 60 01 7962 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

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

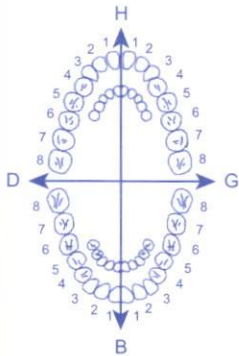
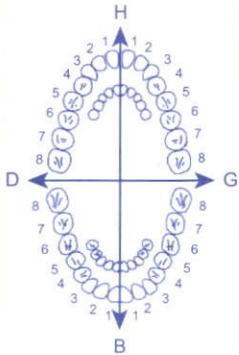
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H	H																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

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

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
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

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelonnages dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

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

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



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

DATE DE DEPOT

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 703582

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : NAAMANE Abdelhakim
Matricule : 1520 Fonction : retraite Poste : /
Adresse : 10 BOUSKOURA
Tél. : 0660017952 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : _____ Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : _____
Nature de la maladie : Myocard infarctus - AECU
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances _____
A _____ le _____ / _____ / _____ Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

703582

Matricule N° : _____
Nom du patient : _____
Date de dépôt : _____
Montant engagé _____
Nombre de pièces jointes : _____



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
13/09/23	C	1		Dr. NOURE TAOUFIK CARDIOLOGUE INPE: 091026831 Dr. NOURE TAOUFIK CARDIOLOGUE INPE: 091026831
04/09/23	G	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/09/23	161,10
	13/09/23	58,10
INPE 092041433		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

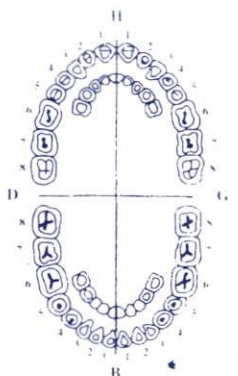
VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANT 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

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANT 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

وصفة

ORDONNANCE

le 04/09/23

HAAMANE

ABNE RACHID

Cyflor X3
AVLOR X2
B5, 20
KARNEGAL 16 X2

Pharmacie MARIA SAR
Inara II AKKARI
0522 33 45 23
091026831

16.10

DR. NOURE TAOUFIK
CARDIOLOGUE
VPE: 091026831

DR. NOURE TAOUFIK
CARDIOLOGUE
VPE: 091026831

Pharmacie MARIA SAR
Inara II AKKARI
0522 33 45 23
091026831

2nd Row: 13/09/23.

not to

any JERMAN

15 / 01 / 1550

وصفة ORDONNANCE

le 04/09/97

HAAMANE
ABNER RAHIM E

Angor de effort

=> Angor de effort

NOURE TAOUFIK
CARDIOLOGUE
Tél: 0910266831



مصلحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis

مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le.....

23/09/19

MAAMANE

ABDERRAHIM

58,10

Couleur piel

5 →

1/29 + 2/5

KARNEGIC

16 →

2,5/0



Pharmacie MARIA SARL
Loubna EL AKKARI
Docteur en Pharmacie
Bouskoura Centre Km 13.5 Casa - 0522 33 45 23
ICE 001512272000030

Pharmacie MARIA SARL
Loubna EL AKKARI
Docteur en Pharmacie
Bouskoura Centre Km 13.5 Casa - 0522 33 45 23
ICE 001512272000030

Dr. NOURE TAOUFIK

113, Boulevard Abderrahim Bouabid (Ex-Jerrada), Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 81 81 | 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : 05 22 23 81 82

E-mail : cliniquejerradaoasis@akdital.ma - Site web : www.cliniquejerrada.ma

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification



CARDENSIEL est habituellement utilisé dans le cadre d'un traitement au long cours.

Chez l'adulte, y compris les personnes âgées :

Le traitement par bisoprolol doit être instauré à faible dose et augmenté progressivement.

Votre médecin décidera de l'augmentation de la dose à appliquer, en général selon le schéma suivant :

- 1,25 mg de bisoprolol une fois par jour pendant une semaine
- 2,5 mg de bisoprolol une fois par jour pendant une semaine
- 5 mg de bisoprolol une fois par jour pendant quatre semaines
- 10 mg de bisoprolol une fois par jour en traitement d'entretien (en continu)

La dose quotidienne maximale recommandée est de 10 mg de bisoprolol.

Sel votre médecin pourra également décider de prolonger l'intervalle entre les augmentations de la dose. Si votre état s'aggrave

ou médicament, il pourra être nécessaire de réduire à nouveau la dose ou d'interrompre le traitement. Chez certains patients, une dose

de bisoprolol peut être suffisante. Votre médecin vous indiquera la marche à suivre.

Si le traitement, votre médecin vous conseillera généralement de réduire progressivement la dose, faute de quoi votre état de santé pourrait se détériorer.

CARDENSIEL que vous n'auriez dû :

• votre médecin qui décidera des mesures à prendre.

• votre médecin qui décidera des mesures à prendre. Si vous avez oublié de prendre.

Si le médicament peut être un ralentissement du rythme cardiaque, des difficultés respiratoires sévères, des vertiges ou des tremblements (dus à

la prise de sang).

Si le CARDENSIEL :

• Si le médicament peut être un ralentissement du rythme cardiaque. Prenez la dose habituelle le matin suivant.

Si le CARDENSIEL :

• Si le médicament peut être un ralentissement du rythme cardiaque. Prenez la dose habituelle le matin suivant.

Si le médicament peut être un ralentissement du rythme cardiaque, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si le CARDENSIEL :

• Si le médicament peut être un ralentissement du rythme cardiaque. Prenez la dose habituelle le matin suivant.

Si le CARDENSIEL :

• Si le médicament peut être un ralentissement du rythme cardiaque. Prenez la dose habituelle le matin suivant.

Si le CARDENSIEL :

• Si le médicament peut être un ralentissement du rythme cardiaque. Prenez la dose habituelle le matin suivant.

• Si le médicament peut être un ralentissement du rythme cardiaque. Prenez la dose habituelle le matin suivant.

• Si le médicament peut être un ralentissement du rythme cardiaque. Prenez la dose habituelle le matin suivant.

• Si le médicament peut être un ralentissement du rythme cardiaque. Prenez la dose habituelle le matin suivant.



Les



KARDEGIC

160mg

en sachet-dose

SANOFI

avant de prendre ce médicament car elle contient

soin de la lire. • Si vous avez d'autres questions, en. • Ce médicament vous a été personnellement mes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de vous ressentez un quelconque effet indésirable, bien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable ce. Voir rubrique 4.

re pour solution buvable en sachet ET DANS QUELS

REGATION PLAQUETTAIRE, HEPARINE EXCLUE. KARDEGIC 160 mg, poudre pour solution buvable en sachet grégation plaquettaire. vable en sachet agit sur les plaquettes présentes dans le

vable en sachet est utilisé pour prévenir les récives iques provoqués par des caillots dans les artères du

médicament à d'autres traitements s'il le juge nécessaire. s ne devez pas débiter un traitement par KARDEGIC 160 het sans l'accord de votre médecin.

CONNAITRE AVANT DE PRENDRE KARDEGIC 160 mg,
et 7

160 mg, poudre pour solution buvable en sachet : la substance active (l'acétylsalicylate de DL-lysine) ou à l'un des autres des KARDEGIC 160 mg, poudre pour solution buvable en sachet, mentionnés

- 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 6^{ème} mois de grossesse (au-delà de 24 semaines d'aménorrhée),
- si vous avez ou avez déjà eu de l'asthme ou des polypes nasaux associés 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 160 mg, poudre pour solution buvable en sachet.

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 160 mg, poudre pour solution buvable en sachet ne

**KARDEGIC 160MG
SACHETS B30**

P.P.V : 35DH70



LOT : 23E003

PER : 01 2025

sensation de picotement et de fourmillement, • une sécheresse au niveau des yeux, perturbation de la vision, • contraction des bronches rendant la respiration difficile (bronchospasme).

Effets indésirables très rares (pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 10000) : • taux anormalement bas de sucre dans le sang (hypoglycémie). (voir également le paragraphe « Patients devant faire attention au risque d'hypoglycémie »), • apparition de certains anticorps (anticorps antinucléaires) visible lors d'une prise de sang, • apparition ou aggravation d'une faiblesse musculaire causée par une maladie auto-immune.

Effets indésirables de fréquence inconnue (ne peut être estimée sur la base des données disponibles) : • des crises convulsives liées à un taux anormalement bas de sucre (hypoglycémie) chez les enfants et adolescents.

Déclaration des effets secondaires

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.

5. COMMENT CONSERVER AVLOCARDYL 40 mg, comprimé sécable ?

Tenir ce médicament hors de la vue et de la portée des enfants.
Ne pas utiliser AVLOCARDYL 40 mg, comprimé sécable après la date de péremption mentionnée sur la boîte. La date d'expiration fait référence au dernier jour du mois.
À conserver à une température inférieure à 30°C.



Tenir à l'abri de la lumière.



Tenir à l'abri de l'humidité.

Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout-à-l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés. Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

6. CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS

Ce que contient AVLOCARDYL 40 mg, comprimé sécable

• La substance active est (sont) :

Chlorhydrate de propranolol 40 mg

• Les autres composant(s) excipient(s) est (sont) :

Le D-mannitol, la gélatine, l'acide alginique, l'acide stéarique et le stéarate de magnésium.

Qu'est-ce que AVLOCARDYL 40 mg, comprimé sécable et contenu de l'emballage extérieur ?

Ce médicament se présente sous forme de comprimé sécable.
Chaque boîte contient 50 comprimés.

La dernière date à laquelle cette notice a été révisée est :
06/07/2018.

PER: 10 2025

LOT: 22E010

P.P.V: 41DH80

AVLOCARDYL 40MG
Cp SEC 850



l'
3.
Pc
La
aus
AVL
cert
du r
en fo
Si les
Dans
votre
Mode

é pendant la durée du traitement.

AVLOCARDYL 40 mg, comprimé sécable ?

En fonction de l'affection traitée, elle est
lent.

Le comprimé sécable peut être utilisé sous
enfants pour le traitement des troubles
ie). La dose sera ajustée par le médecin
ds de l'enfant.

Consultez rapidement votre médecin.

Respectez strictement à l'ordonnance de

Ce médicament est utilisé par voie orale. Les comprimés doivent être
avalés avec une boisson (par exemple de l'eau).

Durée du traitement

Votre médecin vous dira pendant combien de temps vous devez
prendre ce médicament. Vous ne devez pas arrêter le traitement sans
son autorisation.

**Si vous avez pris plus de AVLOCARDYL 40 mg, comprimé
sécable que vous n'auriez dû :**

Consultez votre médecin.

**Si vous oubliez de prendre AVLOCARDYL 40 mg, comprimé
sécable :**

En cas d'oubli, prendre dès que possible votre comprimé et
poursuivre votre traitement normalement. Ne jamais prendre une
double dose pour compenser la dose simple que vous avez oubliée de
prendre.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, AVLOCARDYL 40 mg, comprimé
sécable peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne
surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

**Effets indésirables fréquents (pouvant affecter jusqu'à 1
personne sur 10) :** • une fatigue, • des refroidissements des
extrémités, • un ralentissement du rythme cardiaque, • des
problèmes de circulation du sang au niveau des doigts avec des
engourdissements (maladie de Raynaud), • des insomnies, des
cauchemars.

**Effets indésirables peu fréquents (pouvant affecter jusqu'à 1
personne sur 100) :** • des troubles gastro-intestinaux (douleurs de
l'estomac, nausées, vomissements, diarrhées).

**Effets indésirables rares (pouvant affecter jusqu'à 1 personne
sur 1000) :** • des sensations vertigineuses, • une diminution du
nombre de plaquette dans le sang, • une maladie du cœur
(insuffisance cardiaque), • des anomalies du rythme cardiaque
(troubles de la conduction cardiaque), • une chute de la tension
artérielle, • une difficulté à marcher pouvant être aggravée chez une
personne qui boitait déjà, • des hallucinations, des troubles
psychiatriques (psychoses, modifications de l'humeur, confusion), une
impuissance, • divers effets sur la peau et les cheveux, notamment,
des taches rouges (purpura), une chute de cheveux (alopécie), des
boutons rouges (psoriasis, ou aggravations d'un psoriasis), • une

40000529-00

PER: 10 2025

LOT: 22E010

P.P.V: 41DH80

AVLOCARDYL 40MG
Cp SEC 850



l'
3.
Pc
La
aus
AVL
cert
du r
en fo
Si les
Dans
votre
Mode

é pendant la durée du traitement.

AVLOCARDYL 40 mg, comprimé sécable ?

En fonction de l'affection traitée, elle est
lent.

Le comprimé sécable peut être utilisé sous
enfants pour le traitement des troubles
ie). La dose sera ajustée par le médecin
ds de l'enfant.

Consultez rapidement votre médecin.

Respectez strictement à l'ordonnance de

Ce médicament est utilisé par voie orale. Les comprimés doivent être
avalés avec une boisson (par exemple de l'eau).

Durée du traitement

Votre médecin vous dira pendant combien de temps vous devez
prendre ce médicament. Vous ne devez pas arrêter le traitement sans
son autorisation.

**Si vous avez pris plus de AVLOCARDYL 40 mg, comprimé
sécable que vous n'auriez dû :**

Consultez votre médecin.

**Si vous oubliez de prendre AVLOCARDYL 40 mg, comprimé
sécable :**

En cas d'oubli, prendre dès que possible votre comprimé et
poursuivre votre traitement normalement. Ne jamais prendre une
double dose pour compenser la dose simple que vous avez oubliée de
prendre.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, AVLOCARDYL 40 mg, comprimé
sécable peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne
surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

**Effets indésirables fréquents (pouvant affecter jusqu'à 1
personne sur 10) :** • une fatigue, • des refroidissements des
extrémités, • un ralentissement du rythme cardiaque, • des
problèmes de circulation du sang au niveau des doigts avec des
engourdissements (maladie de Raynaud), • des insomnies, des
cauchemars.

**Effets indésirables peu fréquents (pouvant affecter jusqu'à 1
personne sur 100) :** • des troubles gastro-intestinaux (douleurs de
l'estomac, nausées, vomissements, diarrhées).

**Effets indésirables rares (pouvant affecter jusqu'à 1 personne
sur 1000) :** • des sensations vertigineuses, • une diminution du
nombre de plaquette dans le sang, • une maladie du cœur
(insuffisance cardiaque), • des anomalies du rythme cardiaque
(troubles de la conduction cardiaque), • une chute de la tension
artérielle, • une difficulté à marcher pouvant être aggravée chez une
personne qui boitait déjà, • des hallucinations, des troubles
psychiatriques (psychoses, modifications de l'humeur, confusion), une
impuissance, • divers effets sur la peau et les cheveux, notamment,
des taches rouges (purpura), une chute de cheveux (alopécie), des
boutons rouges (psoriasis, ou aggravations d'un psoriasis), • une

40000529-00

Nom pat.:

No pat.:

No réf.:

Né:

Age:

Ethnie:

Taille:

Poids:

TA:

Méd:

CNSS INARA

AT-101

1.32 Ctm

Lu 04-SEP-23

12:32:35

AT-101

1.32 Ctm

Lu 04-SEP-23

12:32:35

FC: 64/min

Intervalles:

RR 942 ms

P - ms

PQ - ms

QRS 104 ms

QT 422 ms

QTC 435 ms

Axes:

P - °

QRS -16 °

T 97 °

P (II)

S (V1)

R (V5)

Sokol.

- mV

-1.51 mV

1.64 mV

3.22 mV

RHYTHME IRREGULIER, PAS D'ONDE P DETECTEE POSITION GAUCH
HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GÂCHE AVEC ANOMALIE ST/T

5.78

RAPPORT NON-CONFIRME

NAMANE

ABRARAHIM