

# 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.

## 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



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

## Déclaration de Maladie

M23-003275

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00479 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : FANBAR AHMED  
 Date de naissance : 01/01/1946  
 Adresse : Résidence EL Mansour Ag. B = Ghandi et Yacoub EL Mansour 14.37 APPG CASA  
 Tél. : 0653295031 Total des frais engagés : 1540 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/03/2024  
 Nom et prénom du malade : M. FANBAR AHMED Age : 78 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : H.T.A + Diabète  
 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 : Casablanca

Le : 28 / 03 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

ADHERENT



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/03/24        | G                 |                       | 300.00                          |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE AL WOUROUD<br>67, Rue des Roses A Côté de<br>Masjid Annour - Beausejour<br>Tel: 0522 36 84 30 - Casablanca<br>Patente: 34808192 | 26/03/24 | 1239,80               |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

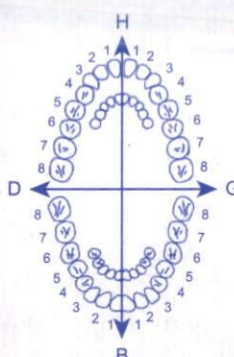
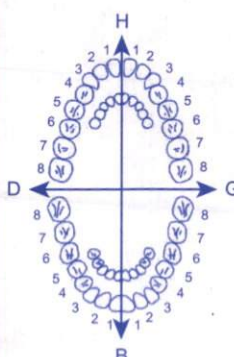
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 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<br>PROTHESES DENTAIRES   | <b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H<br/> 25533412<br/> 00000000<br/> D<br/> 00000000<br/> 35533411 </div> <div> H<br/> 21433552<br/> 00000000<br/> G<br/> 00000000<br/> 11433553<br/> B </div> </div><br><b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit  |  |
|--|--|
| Nom et prénom :  | FANGAR AHMED   |
| Matricule :  | 00479  |
| N° CIN :   | 892343   |
| Adresse :  | Residence El mousour AS <sup>10</sup> B <sup>10</sup> Ghandi et yacoub<br>El mousour IM.37 APPG CASA           |
| Bénéficiaire de soins :  | <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Partie réservée au médecin traitant  |  |
| Je soussigne :   | Spécialité :   |
| N° ICE :   | N° INPE :  |
| Certifie que Mlle, Mme, M. :   |  |
| Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie |  |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :  |  |
| H - T A + Dylpredne  |  |
| Dont ci-joint ordonnance :   |  |
| Traitement prescrit :  |  |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables   |  |
| Fait à : Casablanca le 26/03/2024  |  |
| Cachet et signature du médecin traitant :  |  |
|   |  |

\* Cette déclaration est renouvelable une fois  
En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées



**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

5 rue Mohamed Abdou  
CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

**Monsieur FANGAR Ahmed**

Casablanca le 26.03.2024

3x3 10,00 15  
1- EXFORGEHCT 10mg/160mg/12.5mg : 1 CP PAR JOUR SANS ARRET

2xM4 20 15  
2- CRESTOR 5 MG : 1 CP TOUS LES 2 JOURS SANS ARRET

4x20 40 15  
3- ASPEGIC 100MG : 1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET

1239,80  
Re 20f  
U 2 3m  
Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél : 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 26 89

PHARMACIE AL WOUROUD  
67, Rue des Roses, Côté de  
Monsieur Annour, Casablanca  
Tél: 0522 22 62 97  
Patente: 3408192

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE**  
**EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**

**05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54**

**OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83**

L'aspirine augmente les risques de saignements même à de très faibles doses, et ce

même lorsque la prise de ce médicament est à faible dose.

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Analyses

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

Prévenez l'utilisation d'autres médicaments.

Autres médicaments

de conversion (médicaments utilisés pour traiter l'hypertension artérielle).

• méthotrexate à des doses inférieures ou égales à 20 mg/semaine (médicament utilisé

pour traiter les maladies auto-immunes).

médicaments utilisés pour traiter

et que soit la dose (médicaments

utilisés dans le traitement de la

urgence en fer chronique),

(inflammation),

le, milnacipran, oxtripran,

(anxiété),

pentoxifylline (médicament utilisé pour traiter une pathologie des artères des jambes

ainsi que certains troubles neurologiques liés au vieillissement).

de la sérotonine (médicaments utilisés pour traiter

chez, avec récemment utilisé ou

enfant,

lution buvable en sachet-dose avec

le traitement en raison d'un risque

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

risque de saignement.

LOT : 23E004  
P.E.R.: 06 2025

ASPEGIC 100MG  
SACHETS-B20

P.P.V.: 20DH40



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Aspegic 100mg,  
poudre sac B20  
P.P.V.: 20,40 DH



LOT : 23E003  
P.E.R.: 04 2025

LOT : 23E004  
P.E.R.: 06 2025

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V.: 20DH40



LOT : 23E004  
P.E.R.: 06 2025

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V.: 20DH40



#### 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 peut être amené à vous prescrire de l'aspirine à faible doses (inférieures ou égales à 100mg par jour), dans des circonstances exceptionnelles nécessitant une surveillance spécialisée. Si tel est le cas, il est très important de respecter scrupuleusement l'ordonnance de votre médecin, sans dépasser les doses prescrites.

• **Entre 100 et 500mg par jour :** par mesure de précaution, les recommandations ci-dessous s'appliquent, sauf prescription contraire de votre médecin spécialiste.

• **A partir de 500 mg par jour :**

- **Avant le début du 6ème mois de grossesse** (jusqu'à la 24ème semaine d'aménorrhée), vous ne devez pas prendre ce médicament, sauf en cas d'absolue nécessité déterminée par votre médecin, en raison du risque potentiel de fausses couches ou de malformations. Dans ce cas, la dose devra être la plus faible possible et la durée du traitement la plus courte possible.

- **A partir du début du 6ème mois jusqu'à la fin de la grossesse** (à partir de la 24ème semaine d'aménorrhée), ce médicament est contre-indiqué, vous ne devez EN AUCUN CAS prendre ce médicament, car ses effets sur votre enfant peuvent avoir des conséquences graves voire fatales, notamment sur le cœur, les poumons et/ou les reins, et cela même avec une seule prise.

Si vous avez pris ce médicament alors que vous étiez enceinte, parlez-en immédiatement à votre gynécologue-obstétricien, afin qu'une surveillance adaptée vous soit proposée si nécessaire.

#### Allaitement

L'aspirine passant dans le lait maternel, ce médicament est déconseillé pendant l'allaitement.



CRESTOR 5 mg, comprimé pelliculé  
CRESTOR 10 mg, comprimé pelliculé  
CRESTOR 20 mg, comprimé pelliculé

## Rosuvastatine

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

- Maphar  
 Bd Alkhalil - N° 6 01  
 Sidi Bennoussi, Casablanca  
 Crestor 5mg en pill b30  
 P.P.V : 114,10 DM  
  
 6 118001 183104

Maphar  
Bd Alkhalifa No 6, 01,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg en pill b30  
P.P.V : 114,10 DH  
  
6 118001 18310

### Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que CRESTOR, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre CRESTOR, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre CRESTOR, comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver CRESTOR, comprimé pelliculé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

**1. QU'EST-CE QUE CRESTOR, comprimé pelliculé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

Classe pharmacothérapeutique : Inhibiteur de l'HMG-CoA réductase - code ATC : C10A A07

CRESTOR appartient au groupe des médicaments appelés statines.

CRESTOR vous a été prescrit parce que :

- Vous avez un taux élevé de cholestérol ce qui signifie que vous présentez un risque de faire une attaque cardiaque ou un accident vasculaire cérébral. CRESTOR est utilisé chez les adultes, les adolescents et les enfants âgés de 6 ans et plus pour traiter un taux de cholestérol élevé.
- Il vous est recommandé de prendre des statines, car parfois un régime alimentaire adapté et une activité physique ne suffisent pas à corriger votre taux de cholestérol. Vous devez poursuivre le régime hypocholestérolémiant et l'activité physique en même temps que la prise de CRESTOR.

Ou

- Vous avez d'autres facteurs qui augmentent votre risque d'avoir une attaque cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou des problèmes de santé liés à ces facteurs.

Une attaque cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou des problèmes de santé liés à ces facteurs peuvent être causés par une maladie appelée l'athérosclérose. L'athérosclérose est due à une accumulation de dépôts de graisse dans vos artères.

**Pourquoi il est important de continuer de prendre CRESTOR :**

CRESTOR est utilisé pour corriger le taux de substances grasses dans le sang appelées lipides, le plus fréquent étant le cholestérol.

Il y a différents types de cholestérol trouvé dans le sang : le « mauvais cholestérol » (LDL-C) et le « bon cholestérol » (HDL-C).

- CRESTOR peut réduire le « mauvais cholestérol » et augmenter le « bon cholestérol ».
- Il agit en aidant à bloquer la production de « mauvais cholestérol » par votre organisme. Il améliore également l'aptitude de votre corps à éliminer de votre sang.

Pour la plupart des personnes, un taux de cholestérol élevé n'a pas de conséquence sur la façon dont elles se sentent parce que cela n'entraîne aucun symptôme. Cependant, sans traitement, des dépôts gras peuvent s'accumuler sur la paroi des vaisseaux sanguins et réduire leur diamètre.

Parfois, ce rétrécissement des vaisseaux peut empêcher le passage du sang jusqu'au cœur ou au cerveau conduisant à une attaque cardiaque ou un accident vasculaire cérébral.

En diminuant votre taux de cholestérol, vous pouvez réduire le risque d'avoir une attaque cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou des problèmes de santé qui y sont liés.

Il est très important de **continuer à prendre CRESTOR**, même si votre taux de cholestérol revient à la normale, parce qu'il **prévient la remontée de votre taux de cholestérol** et donc l'accumulation de dépôts de graisse. Cependant, vous devez arrêter votre traitement si votre médecin vous le dit, ou si vous découvrez que vous êtes enceinte.

**2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE CRESTOR, comprimé pelliculé ?**

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez pas

- Si vous êtes composant de la rubrique 6.
- Si vous êtes sous le traitement d'un contraceptif hormonal par CRESTOR.
- Si vous avez des douleurs hépatiques.
- Si vous avez des douleurs musculaires appelées myopathie (douleurs musculaires répétées ou inexpliquées).
- Si vous prenez l'association sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprévir (utilisée dans le cas d'une infection virale du foie nommée hépatite C).
- Si vous prenez de la ciclosporine (utilisée par exemple lors de greffes d'organes).

Si vous êtes concernés par l'une de ces situations (ou si vous avez un doute), parlez-en à votre médecin.

De plus, vous ne devez pas prendre 40 mg de CRESTOR (dosage le plus élevé) si :

- Vous avez une insuffisance rénale modérée (en cas de doute, demandez à votre médecin) ;
- Vous avez des troubles de la thyroïde ;
- Vous avez des douleurs musculaires répétées ou inexplicables, des antécédents personnels ou familiaux de problèmes musculaires ou si vous avez déjà présenté des douleurs musculaires avec un autre médicament abaissant les taux de cholestérol ;
- Vous consommez régulièrement des quantités importantes d'alcool ;
- Vous êtes d'origine asiatique (japonais, chinois, philippin, vietnamien, coréen et indien) ;
- Vous êtes déjà traité par un autre médicament abaissant les taux de cholestérol, appelé fibraté.

Si vous êtes concernés par l'une de ces situations (ou si vous avez un doute), parlez-en à votre médecin.

### Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre CRESTOR.

- **Si vous avez des problèmes hépatiques :**
- **Si vous avez des problèmes rénaux :**
- **Si vous avez des douleurs musculaires répétées ou inexplicables,** des antécédents personnels ou familiaux de problèmes musculaires ou si vous avez déjà présenté des douleurs musculaires avec un autre médicament abaissant les taux de cholestérol ; contacter immédiatement votre médecin si vous avez des douleurs musculaires inexplicables particulièrement si vous ne vous sentez pas bien ou si vous avez de la fièvre ; informer également votre médecin ou votre pharmacien si vous avez une faiblesse musculaire qui est constante.
- **Si vous consommez régulièrement des quantités importantes d'alcool ;**
- **Si vous avez des troubles de la thyroïde ;**
- **Si vous êtes déjà traité par un autre médicament abaissant le taux de cholestérol appelé fibraté ;** veuillez consulter les informations contenues dans la notice ; et ce, même si vous avez déjà pris dans le passé un médicament qui abaisse le taux de cholestérol ;
- **Si vous prenez un médicament pour traiter l'infection au VIH,** par exemple du ritonavir avec lopinavir et/ou atazanavir, reportez-vous à la rubrique « Autres médicaments et CRESTOR » ;
- **Si vous prenez ou avez pris durant les 7 derniers jours un médicament appelé acide fusidique** (un médicament contre les infections bactériennes), par voie orale ou par injection. L'association d'acide fusidique et de CRESTOR peut causer de graves problèmes musculaires (rhabdomyolyse). Reportez-vous à la rubrique « Autres médicaments et CRESTOR ».
- **Si vous avez plus de 70 ans** (votre médecin a besoin de choisir la dose initiale de CRESTOR adaptée pour vous) ;
- **Si vous avez une insuffisance respiratoire grave ;**
- **Si vous êtes d'origine asiatique** (japonais, chinois, philippin, vietnamien, coréen et indien) (votre médecin a besoin de choisir la dose initiale de CRESTOR adaptée pour vous).

Si vous êtes concernés par l'une de ces situations (ou si vous avez un doute) :

- Vous ne devez pas prendre 40 mg de CRESTOR (le dosage le plus élevé) ; vous devez vérifier avec votre médecin ou pharmacien la dose de CRESTOR avant de débuter le traitement.

Chez un petit nombre de sujets, les statines peuvent avoir un effet sur le foie, ceci est identifié par un simple test de recherche d'augmentation des enzymes du foie dans le sang. Pour cette raison, votre médecin pratiquera habituellement un test sanguin (bilan hépatique) avant traitement et au cours du traitement.





Effets indésirables susceptibles d'être graves: Éruption cutanée surtout au niveau du visage, douleur articulaire, symptômes musculaires et fièvre (signes ou réactivation d'un lupus érythémateux). Réactions cutanées graves avec frissons sur les lèvres, les yeux ou



6118001030897  
**EXFORGE HCT**  
**10mg/160mg/12.5mg**  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 310.00 DH

dans la toxicité non la pé s'éte nodul en ulc génér à des des visages, les oreilles, les mains, les épaules, le torse ou le dos).  
Fréquents:  
Taux faibles de magnésium dans le sang  
Rares:  
Augmentation du sucre dans le sang, sucre dans l'urine, aggravation d'un diabète, réactions d'hypersensibilité à la lumière, constipation, dépression, faiblesse de la vue  
Très rares:

Troubles respiratoires, y compris inflammation des poumons, œdème pulmonaire, inflammation du pancréas.  
En outre, des crampes musculaires, une fièvre, une faiblesse (asthénie), une faiblesse de la vue ou des douleurs dans les yeux (augmentation de la pression intraoculaire), une forte diminution de la quantité d'urine (maladie des reins ou défaillance rénale) ont été rapportées.  
Si vous remarquez des effets secondaires qui ne sont pas mentionnés dans cette notice, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Vous devez, en outre, montrer immédiatement à votre médecin toute modification inattendue de la peau, que vous observez pendant le traitement par Exforge HCT.  
**5. Comment conserver Exforge HCT?**  
Conserver les médicaments hors de la portée des enfants.  
Conserver dans l'emballage d'origine, à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.  
Ne pas utiliser d'emballages endommagés ou déjà utilisés d'Exforge HCT.  
Le médicament ne doit pas être utilisé au-delà de la date figurant après la mention «EXP» sur l'emballage.  
Pour de plus amples renseignements, consultez votre médecin ou votre pharmacien, qui disposent d'une information détaillée destinée aux professionnels.  
« Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout » ni avec les ordures ménagères ».  
Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

## 5. Informations supplémentaires

### Que contient Exforge HCT?

Exforge HCT 5 mg/160 mg/12.5 mg comprimés pelliculés contiennent comme principes actifs 5 mg d'amlopipine (sous forme de bésylate d'amlopipine), 160 mg de valsartan et 12.5 mg d'hydrochlorothiazide,



6118001030897  
**EXFORGE HCT**  
**10mg/160mg/12.5mg**  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 310.00 DH

excipient  
16 mg/16  
les acti  
160 mg  
excipient  
mg/16  
pes acti  
160 m



6118001030897  
**EXFORGE HCT**  
**10mg/160mg/12.5mg**  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 310.00 DH

tiennent  
sylvate  
hiazide,  
ennent  
ylvate  
azide, ainsi

que des excipients.

Exforge HCT 10 mg/160 mg/12.5 mg comprimés pelliculés contiennent comme principes actifs 10 mg d'amlopipine (sous forme de bésylate d'amlopipine), 160 mg de valsartan et 12.5 mg d'hydrochlorothiazide, ainsi que des excipients.

### Nom et adresse de l'établissement pharmaceutique titulaire de l'AMM au Maroc

Novartis Pharma Maroc S.A. 82, Bd Chefchaouni. Q.I Ain Sebâa 20590 Casablanca - Maroc.

### Nom et adresse du fabricant

Novartis Pharma Stein AG, Schaffhauserstrasse CH 4332 Stein, Suisse.

Siegfried Barbera, S.L. Ronda de Santa Maria, 158. 08210 Barberà del Vallès (Barcelona) Spain

### La dernière date à laquelle cette notice a été révisée

Février 2019

### Conditions de prescription et de délivrance

Tableau A. Liste I.