

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-426049

N° = 18386

| | | | |
|--|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 862 | Société : | R A M |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | HAFDI EL MUSTAPHA |
| Nom & Prénom : | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : 06 62 68 26 70 Total des frais engagés : 1805 Dhs | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Docteur BENNANI Mohamed Cardiologue Interventionnel Rythmologue 40, Rue des Hôpitaux, 1^e Etage 02 DECEMBRE 2019 </div> | | | |
| Date de consultation : | | | |
| Nom et prénom du malade : | | | |
| Lien de parenté : | | | |
| <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant EL MUSTAPHA HAFDI | | | |
| 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 :

Signature de l'adhérent(e) :


 Dr. BENNANI Mohamed
 Cardiologue Interventionnel
 Rythmologue
 40, Rue des Hôpitaux, 1^e Etage
 Tel: 05 22 20 45 45

| | |
|--|-------|
| VOLET ADHÉRENT | |
| Déclaration de maladie | |
| N° W19-426049 | |
| 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 : | 862 |
| Nom de l'adhérent(e) : | HAFDI |
| Total des frais engagés : | 1805 |
| Date de dépôt : | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22 DEC 2018 | OPHT | | 300 | INP 101165031 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| | | |
|--|-----------------|--|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la facture |
| <i>ARMACIA HAY EL HAMMAM Mme EIKRI Soumia 7, Marché El Hamam Hay El Ham Santillana - Tel: 05 22 94 67 49</i> | <i>02/12/19</i> | <i>40, Rue des Pyrénées Tel: 0522 45 14 14 A 505, 40</i> |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

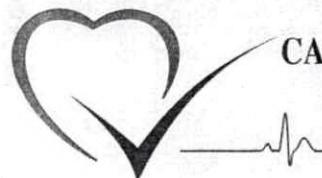
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|------------------|-------------|---|---|----------------------|----------------------|----------|----------|----------|----------|--|
| | | | | 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> B | | | H | G | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| H | G | | | | | | | | | | | |
| 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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



CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE ET RYTHMOLOGIQUE

Dr. Mohamed BENNANI

Diplômé en Cardiologie de la
Faculté de Médecine de
Casablanca

Diplômé en Échocardiographie
de la Faculté de Médecine de
Bordeaux, France

Diplômé en Rythmologie
et Stimulation Cardiaque
de la Faculté de Médecine de
Montpellier, France

Diplômé en Cardiologie
Interventionnelle de la Faculté
de Médecine de Montpellier,
France

Casablanca le :
02 DEC. 2019

*El Nestor Hfse
23,80 x 3
Abdaudil 16 SV (2 compl)
Sedif do 163,80 x 3
120,80 x 3
Irheran 150
157,80 x 3
Quares 12 1
54,10 x 2
Caudenel 25 1/2 x 2
1505 SV
Docteur BENNANI Mohamed
Cardiologue Interventionnel
Rythmologue
40, Rue des Hôpitaux, 1^{er} Etage
Tél: 0522 49 14 14*

*Ht le
Bennani*

Traitements à ne pas interrompre et à continuer jusqu'à la prochaine visite. En cas d'urgence, partir directement à la clinique

40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, 1^{ère} étage, Appart N°1 - Quartier des Hôpitaux (en face du pavillon 28) - Casablanca
Tél. : 0522 49 14 14 - Fax : 0522 49 22 22 - (Urgences) GSM : 06 62 80 57 57 - E-mail: smbennani@yahoo.fr

Sur Rendez-vous

ASKARDIL® (Acide acétylsalicylique)

FORMES PHARMACEUTIQUES

- Comprimés dispersibles

- Comprimés dispersibles

COMPOSITION QUALITÉ

Comprimés dispersibles

Acide acétylsalicylique

Excipient : qsp 1 comprimé

Comprimés dispersibles

Acide acétylsalicylique

Excipient : qsp 1 comprimé

CLASSE PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE

Antithrombotique/inhibiteur de la召集凝血酶

DANS QUELS CAS UTILISER

ASKARDIL® contient l'acide acétylsalicylique seul ou associé à d'autres médicaments.

La prise d'ASKARDIL® ne doit pas être déconseillée si vous prenez d'autres médicaments.

CONTRE-INDICATIONS

- Ce médicament ne doit pas être pris par les personnes qui ont une allergie connue à l'aspirine.

- Allergie connue à l'aspirine.

- Ulcère gastrique ou duodénal.

- Maladie hémorragique.

- Traitement concomitant par le méthotréxate ou les anticoagulants oraux si aspirine administrée à forte dose (supérieure à 3 g/j).

- Grossesse à partir du 6^e mois, en dehors d'utilisations extrêmement limitées, et qui justifient une utilisation thérapeutique.

- Saignements gynécologiques anormaux ou règles.

- Goutte.

- Traitement concomitant par les anticoagulants oraux, ou par l'héparine, les urokinases ou d'autres anti-inflammatoires.

- L'allaitement est déconseillé pendant le traitement.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

LOT 98016 3

EXP 10/2021

PPV 23DH80

75 mg

160 mg

ne exclue

s maladies du cœur ou des vaisseaux sanguins de votre médecin.

stéroïdiens.

Julants oraux si aspirine administrée à forte dose (supérieure à 3 g/j) et qui justifient une utilisation thérapeutique.

ASKARDIL® (Acide acétylsalicylique)

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

IONS
Imprimés
ompriés

75 mg

160 mg

LOT 98016 3

EXP 10/2021

PPV 23DH80

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

ne exclue

nt dans certaines maladies du cœur ou des vaisseaux sanguins de votre médecin.

sur prescription de votre médecin.

les cas suivants : immatériels non stéroïdiens.

6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

ne exclue

nt dans certaines maladies du cœur ou des vaisseaux sanguins de votre médecin.

sur prescription de votre médecin.

les cas suivants : immatériels non stéroïdiens.

6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

ne exclue

nt dans certaines maladies du cœur ou des vaisseaux sanguins de votre médecin.

sur prescription de votre médecin.

les cas suivants : immatériels non stéroïdiens.

6 118000 033196

ASKARDIL® (Acide acétylsalicylique)

FORMES PHARMACEUTIQUES

- Comprimés dispersibles

- Comprimés dispersibles

COMPOSITION QUALITÉ

Comprimés dispersibles

Acide acétylsalicylique

Excipient : qsp 1 comprimé

Comprimés dispersibles

Acide acétylsalicylique

Excipient : qsp 1 comprimé

CLASSE PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE

Antithrombotique/inhibiteur de la召集凝血酶

DANS QUELS CAS UTILISER

ASKARDIL® contient l'acide acétylsalicylique seul ou associé à d'autres médicaments.

La prise d'ASKARDIL® ne doit pas être déconseillée si vous prenez d'autres médicaments.

CONTRE-INDICATIONS

- Ce médicament ne doit pas être pris par les personnes qui ont une allergie connue à l'aspirine.

- Allergie connue à l'aspirine.

- Ulcère gastrique ou duodénal.

- Maladie hémorragique.

- Traitement concomitant par le méthotréxate ou les anticoagulants oraux si aspirine administrée à forte dose (supérieure à 3 g/j).

- Grossesse à partir du 6^e mois, en dehors d'utilisations extrêmement limitées, et qui justifient une utilisation thérapeutique.

- Saignements gynécologiques anormaux ou règles.

- Goutte.

- Traitement concomitant par les anticoagulants oraux, ou par l'héparine, les urokinases ou d'autres anti-inflammatoires.

- L'allaitement est déconseillé pendant le traitement.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

75 mg

160 mg

LOT 89005 2

EXP 11/2020

PPV 23DH80

ne exclue

nt dans certaines maladies du cœur ou des vaisseaux sanguins de votre médecin.

sur prescription de votre médecin.

stéroïdiens.

Julants oraux si aspirine administrée à forte dose (supérieure à 3 g/j) et qui justifient une utilisation thérapeutique.

en dehors d'utilisations extrêmement limitées, et qui justifient une utilisation thérapeutique.

nt dans certaines maladies du cœur ou des vaisseaux sanguins de votre médecin.

sur prescription de votre médecin.

les cas suivants : immatériels non stéroïdiens.

nt dans certaines maladies du cœur ou des vaisseaux sanguins de votre médecin.

sur prescription de votre médecin.

les cas suivants : immatériels non stéroïdiens.

nt dans certaines maladies du cœur ou des vaisseaux sanguins de votre médecin.

sur prescription de votre médecin.



6 118001 100859

ION DE L'UTILISATEUR

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

7862160238

PPV: 54,10 DH

CARDENSIEL®, comprimé pe

NC



6 118001 100859

DE L'UTILISATEUR

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

7862160238

PPV: 54,10 DH

CARDENSIEL®, comprimé pe

Bisoprolol Fumárate

Voie orale

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 pharmacien ou à votre médecin.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable, contactez immédiatement votre pharmacien ou votre médecin.

Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que CARDENSIEL et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre CARDENSIEL ?
3. Comment prendre CARDENSIEL ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver CARDENSIEL ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE CARDENSIEL ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique

La substance active de CARDENSIEL est le bisoprolol. Le bisoprolol appartient à la classe des bêtabloquants.

Indications thérapeutiques

Les bêtabloquants agissent en modifiant la réponse de l'organisme à certains stimuli, comme le rythme cardiaque et permet au cœur de pomper plus efficacement le sang dans l'ensemble du corps. L'insuffisance cardiaque se produit lorsque le muscle cardiaque est faible et incapable de pomper suffisamment le sang. CARDENSIEL est utilisé pour traiter les patients présentant une insuffisance cardiaque et d'autres maladies cardiaques nécessitant l'utilisation de médicaments adaptés à cette affection (tels que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE CE MÉDICAMENT ?

Ne prenez jamais CARDENSIEL en cas de :

- allergie (hypersensibilité) au bisoprolol ou à l'un des autres composants (voir rubrique "Ingrédients" pour plus d'informations).
- asthme sévère,
- troubles sévères de la circulation sanguine périphérique (de type phénomène de Raynaud, où les doigts deviennent pâlir ou virer au bleu),
- phéochromocytome non traité, tumeur rare de la glande surrénale,
- acidose métabolique, c'est-à-dire présence d'acide en excès dans le sang.

Ne prenez jamais CARDENSIEL si vous présentez l'un des problèmes cardiaques suivants :

- insuffisance cardiaque aiguë,
- aggravation de l'insuffisance cardiaque nécessitant l'injection dans vos veines,
- rythme cardiaque lent,
- pression artérielle basse,
- certaines affections cardiaques engendrant un rythme cardiaque lent ou irrégulier,
- choc cardiogénique, grave trouble cardiaque aigu aboutissant à une chute de tension.

Faites attention avec CARDENSIEL :

NOTICE: INFORMATION POUR L'UTILISATEUR

1. DENOMINATION :

SERDEP® 20 mg Gélules

Boîte de 14 Gélules ; Boîte de 28 Gélules

DCI : Fluoxétine

SERDEP®
fluoxétine

formation à votre médecin ou à quelqu'un d'autre, même en cas de médicaments appartenant à des groupes thérapeutiques similaires non mentionnés dans

LOT : 08419002

PER : 02/2022

PPU : 163,20 DH

SERDEP® 20 mg

28 gélules



6 118000 230212

de médicaments appartenant à des groupes thérapeutiques similaires non mentionnés dans

NOTICE: INFORMATION POUR L'UTILISATEUR

1. DENOMINATION :

SERDEP® 20 mg Gélules

Boîte de 14 Gélules ; Boîte de 28 Gélules

DCI : Fluoxétine

SERDEF®
fluoxétine

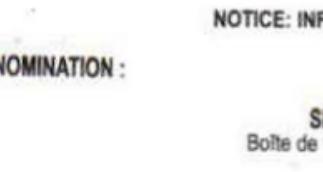
LOT : 08419006

PER : 09/2022

PPU : 163,20 DH

SERDEP® 20 mg

28 gélules



6 118000 230212

de médicaments appartenant à des groupes thérapeutiques similaires non mentionnés dans

lissé en complément d'une psychothérapie pour la diminution

de l'appétit et des envies de sucre ou de sucreries ou de la prise de laxatifs.

NOTICE: INFORMATION POUR L'UTILISATEUR

1. DENOMINATION :

SERDEP® 20 mg Gélules

Boîte de 14 Gélules ; Boîte de 28 Gélules

DCI : Fluoxétine

SERDEF® 20
fluoxétine

LOT : 08419005

PER : 09/2022

PPU : 163,20 DH

de médicaments appartenant à des groupes thérapeutiques similaires non mentionnés dans

soit la boulimie, soit les troubles obsessionnels compulsifs,

soit la fréquence des crises de boulimie, des vomissements ou de la prise de laxatifs.

Comment SERDEP® 20 mg Gélules fonctionne

Tout le monde possède dans son cerveau une substance appelée sérotonine. Les personnes qui sont déprimées, qui souffrent de troubles obsessionnels compulsifs ou de boulimie ont des taux moins élevés de sérotonine que les autres. Le fonctionnement de SERDEP® 20 mg Gélules et des autres ISRS n'est pas totalement expliqué mais ils pourraient aider à augmenter le taux de sérotonine dans le cerveau. Traiter ces maladies est important pour vous aider à vous sentir mieux. Si elle n'est pas traitée, votre maladie peut ne pas disparaître, peut s'aggraver et être plus difficile à soigner.

Il est possible qu'il soit nécessaire que vous suiviez votre traitement pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois afin de s'assurer que les symptômes disparaissent.

5. POSOLOGIE :

Veuillez 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. Ne prenez pas plus de gélule que ce que vous a indiqué votre médecin.

Posologie

Adultes

La dose recommandée est :

• Dépression: la dose recommandée est de 1 gélule (20 mg) par jour. Votre médecin reverra et adaptera la dose si nécessaire dans les 3 à 4 semaines suivant le début du traitement. Si nécessaire, la dose peut être augmentée progressivement jusqu'à une dose maximale de 3 gélules (60 mg) par jour. La dose doit être augmentée avec prudence afin de garantir que vous ne recevez que la dose minimale efficace. Il est possible que vous ne vous sentiez pas mieux immédiatement après le début du traitement. Ceci est habituel car l'amélioration des symptômes dépressifs peut n'apparaître qu'après plusieurs semaines de traitement. Les patients présentant une dépression doivent poursuivre leur traitement pendant au moins 6 mois.

• Boulimie: la dose recommandée est de 3 gélules (60 mg) par jour.

• Troubles obsessionnels compulsifs: la dose recommandée est de 1 gélule (20 mg) par jour. Votre médecin reverra et adaptera la dose si nécessaire après 2 semaines de traitement. Si nécessaire, la dose peut être augmentée progressivement jusqu'à une dose maximale de 3 gélules (60 mg) par jour. Si aucune amélioration n'est constatée dans les 10 semaines, votre médecin évaluera la nécessité de poursuivre le traitement par SERDEP® 20 mg Gélules.

Personnes âgées

Si vous êtes une personne âgée, votre médecin augmentera la dose plus prudemment, et la dose journalière ne devra pas dépasser 2 gélules (40 mg) par jour en général. La dose maximale est de 3 gélules (60 mg) par jour.

Insuffisants hépatiques

Si vous avez des problèmes de foie ou prenez d'autres médicaments qui peuvent avoir un effet sur SERDEP® 20 mg Gélules, votre médecin peut décider de vous prescrire une dose plus faible ou vous demander de prendre SERDEP® 20 mg Gélules un jour sur deux.

Mode et voie d'administration

Avalez les gélules avec un verre d'eau. Ne mâchez pas les gélules.

Instructions en cas d'omission d'une ou de plusieurs doses

Si vous avez oublié de prendre SERDEP® 20 mg Gélules:

• Si vous avez sauté une prise, ne vous inquiétez pas. Prenez votre prochaine prise le jour suivant à l'heure habituelle. Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

• Pour ne pas oublier de prendre SERDEP® 20 mg Gélules, il est recommandé de prendre la dose quotidienne à la même heure tous les jours.



150mg et 300mg

Comprimés pelliculés en boîtes de 14 et 28

Veuillez lire
médicament
Gardez cet
Si vous avez
d'informations
Ce médicament
quelqu'un
être nocif.
Si l'un des 6
indésirables
à votre pharmacien.

IRBESAR® SUN 150 mg
Boîte de 28
comprimés pelliculés
Voie orale

118000 380573

PPV : 120DH80

de prendre ce
demandez plus
bonne jamais à
ela pourrait lui
rquez un effet
re médecin ou



SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169, Avenue Hassan 1^{er}, 20070 Casablanca

Sun

Fabriqué par :
AFRIC-PHAD

Comprimés pelliculés en boîtes de 14 et 28
Irbésartan

PPV : 120DH80

SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169, Avenue Hassan 1^{er}, 20070 Casablanca

IRBESAR® SUN 150 mg
Boîte de 28
comprimés pelliculés
Voie orale

6 118000 380573

00,
Maroc

RENT

notice avant de prendre ce
de la relire.
z un doute, demandez plus
laciens.
scrut. Ne le donnez jamais à
s identiques, cela pourrait lui

ou si vous remarquez un effet
parlez-en à votre médecin ou



150mg et 300mg

Comprimés pelliculés en boîtes de 14 et 28
Irbésartan

PPV : 120DH80

SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169, Avenue Hassan 1^{er}, 20070 Casablanca

Fabriqué par :

AFRIC-PHAD

IRBESAR® SUN 150 mg
Boîte de 28
comprimés pelliculés
Voie orale

6 118000 380573

lulose microcristalline, croscarmellose
ose, silice colloïdale anhydre, stéarate
OY-LS-28900.

avant de prendre ce

relire.

doute, demandez plus

1.

Ne le donnez jamais à

s identiques, cela pourrait lui

ou si vous remarquez un effet

parlez-en à votre médecin ou

Irbesar® Sun 300mg

Principe actif: Irbésartan 300mg

Excipients: lactose monohydrate, cellulose microcristalline, croscarmellose sodique, hydroxypropyl methyl cellulose, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, Opadry II blanc OY-LS-28900.

Excipient à effet notable: Lactose

Rosuvastatine

Rosuvastatine

10 mg & 20 mg

Boîtes de 10 et 30 comprimés pelliculés

Prenez ce médicament.

Plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. N'allez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas d'effet indésirable non mentionné dans cette notice.

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80

ROSUVAS® SUN 10 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés



lucose microcristalline, Citrate de sodium, Stéarate de

Rosuvastatine

Rosuvastatine

30 Comp

ROSUVAS® SUN 10 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés



ce médicament.

Plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. N'allez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas d'effet indésirable non mentionné dans cette notice.

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80

EXP:

PPV:

157 DH 80

1. DÉSIGNATION
DU PRODUIT

ROSUVAS® SUN

2. COMPOSANT

ROSUVAS

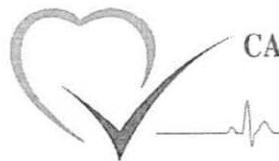
La substance

Rosuvastatine

Équivalent

Par comprimé

ROSUVAS®



CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE ET RYTHMOLOGIQUE

02 DEC. 2019

Casablanca le :

Dr. Mohamed BENNANI

Diplômé en Cardiologie de la
Faculté de Médecine de
Casablanca

Diplômé en Échocardiographie
de la Faculté de Médecine de
Bordeaux, France

Diplômé en Rythmologie
et Stimulation Cardiaque
de la Faculté de Médecine de
Montpellier, France

Diplômé en Cardiologie
Interventionnelle de la Faculté
de Médecine de Montpellier,
France

Note d'honoraire

Dr. Nofek Bennani

Le DOCTEUR BENNANI MOHAMED

Vous remercie de votre confiance et

Vous adresse la note d'honoraire de :

Correspondant à :

300

Consultation

ECG

Réglage du Pacemaker

Echocardiographie Doppler

EchoDoppler des TSA

Holter TA

Holter ECG

Epreuve d'effort

Autre :

*Docteur BENNANI Mohamed
Cardiologue Interventionnel
Rue des Hôpitaux 40 Rue Dubreuil
Casablanca 1er Etage*

Traitement à ne pas interrompre et à continuer jusqu'à la prochaine visite. En cas d'urgence, partir directement à la clinique



| | | | |
|---------------|---------|----------------|-------------|
| Fréquence : | 1000 Hz | Interval.QT : | 514 ms |
| Durée ECG : | 11 s | Interval.QTc : | 492 ms |
| FC : | 55 bpm | Axe P : | -9.5° |
| Durée P : | 126 ms | Axe QRS : | -39.5° |
| Durée QRS : | 107 ms | Axe T : | 124.7° |
| Durée T : | 377 ms | RV5/SV1: | 0.68/0.83mV |
| Interval.PQ : | 194 ms | RV5+SV1: | 1.51mV |

Suggestion :

Docteur BENNANI Mohamed
Cardiologue Interventionnel
40, Rue des Hôpitaux, 1^{er} Etage
Tel: 0522 49 14 14

Signature Médecin: