

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

- 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

N° W19-528945

8 3687

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5113

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

AMMARI - FOUAD

Date de naissance :

07/11/1958

Adresse :

BRUVES 1 RTAD Rue chérif Mohamed
BEN LAHJER 4250 Tanger

Tél. :

0666 099061

Total des frais engagés :

Dhs

Dr. Amin AHMINEDACHE

Cardiologie et Maladies

Cadre réservé au Médecin

Vasculaires

INPE : 051172922

Cachet du médecin :

Date de consultation :

30/10/2021

Nom et prénom du malade :

Amami

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

HTA et Cardiopathie coronarienne

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 :

Tanger

Le :

30/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-528945

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 :


5113

Nom de l'adhérent(e) :

AMMARI

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 |
| 30/08/21 | ES + HADA | | 1100,00 | INP :  051172922 Dr. Amin AHMEDAGHE Cardiologie et Maladies Vasculaires INP: 051172922 |

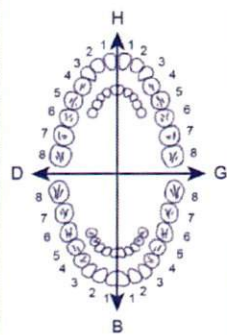
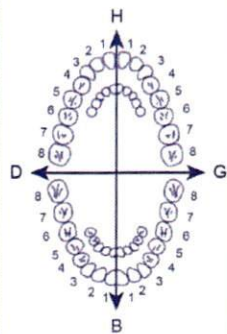
| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| Pharmacie MOUADAFINE 09 83 35 01 38 10A, N°1 Abs TANGER | 30/08/21 | 2149,800 |

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

| 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.

| 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 : <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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | |



Dr Amin AHMINEDACHE
Cardiologue

الدكتور أمين أحمدناش
أمراض القلب والشراب

Diplômé de la Faculté de
médecine de Rabat et de Rouen,
France

خريج كلية الطب بالرباط وبيرون، فرنسا

- Holter ECG
- Holter Tensionnel
- Echographie cardiaque
- Echographie vasculaire
- Epreuve d'effort
- Explorations cardiovasculaires
du système nerveux autonome

- تسجيل كهربية القلب المطول
- تسجيل ضغط الدم المطول
- فحص القلب بالصدى
- فحص الشرايين بالصدى
- اختبار الإجهاد
- الاستكشاف القلبي للجهاز العصبي الذاتي

من الاثنين إلى الجمعة
Lundi au Vendredi 9:00 - 18:00

المساءلة
Samedi 9:00 à 13:00

Visite Après 18:00
Sur rendez-vous uniquement
الفحص بعد المداومة
بالموعد فقط

45 Av. Mohammed V, N° 4, 1^{er}
Etag, Tanger (En face de bank
Al-Maghrib)
45 شارع محمد الخامس، رقم 4،
الطابق الأول، طنجة (أمام بنك
المغرب)
05 39 94 00 59
06 60 65 89 89

Contact@cardiologietanger.com

Tanger le 30 Aout 2021

Note d'honoraire

Je soussigné Dr Amin AHMINEDACHE,
atteste avoir reçu de
De : **MR AMMARI FOUAD**

La somme de :
1100 MAD (mille cent dirhams)

Pour les soins suivants : **consultation
spécialisée en cardiologie + Mesure
ambulatoire de la pression artérielle**

Signé Dr Amin AHMINEDACHE

Dr. Amin AHMINEDACHE
Cardiologie et Maladies
Vasculaires
INPE : 051172922



INPE 051172922



Dr Amin AHMINEDACHE
Cardiologue

الدكتور أمين أحمدناش
أمراض القلب والشرابيين

Diplômé de la Faculté de
médecine de Rabat et de Rouen,
France

خريج كلية الطب بالرباط وروان، فرنسا

- Holter ECG
- Holter Tensionnel
- Echographie cardiaque
- Echographie vasculaire
- Epreuve d'effort
- Explorations cardiovasculaires
du système nerveux autonome

- تسجيل كهربية القلب المطول
- تسجيل ضغط الدم المطول
- فحص القلب بالصدى
- فحص الشرايين بالصدى
- اختبار الإجهاد
- الاستكشاف القلبي للجهاز العصبي الذاتي

من الاثنين إلى الجمعة
9:00 - 18:00

السبت
9:00 à 13:00

Visite Après 18:00

Sur rendez-vous uniquement

الفحص بعد السادسة
بالموعد فقط

45 Av. Mohammed V, N° 4, 1^{er}
Etage, Tanger (En face de bank
Al-Maghrib)

45 شارع محمد الخامس، رقم 4،
الطابق الأول، طنجة (أمام بنك
المغرب)

05 39 94 00 59

06 60 65 89 89

Contact@cardiologietanger.com



LE : 30/08/2021

Mr AMMARI FOUAD

ORDONNANCE

COVERSYL 5mg: 1 cp par jour le soir

LDNOR 10mg: 1 cp par jour le soir

CARDIOASPIRINE 100mg: 1 cp par jour

Traitement de 3 mois

Dr. Amin AHMINEDACHE
Cardiologie et Maladies
Vasculaires
INPE : 051172922

92.00
57.80
42.70
149.80

ORDONNANCE AMMARI FOUAD
Quartier 12 BP 1111 A. N°1 Abis
TANGER
30/08/2021



INPE 051172922

كوفرسيل® 5 ملغ

بيراندوبريل أرجينين ، حبات ملبسة قابلة للسكر

- بروتاين أميد (لعلاج اضطرابات ضربات القلب) ،
- الأدوية المستعملة في علاج إغماس الضغط الشرياني ، أو في علاج الوهن ، أو في علاج الربو (إيفيدرين أو نورادرينالين) ،
- الأمراض الدهنية وخاصة المحقونة عبر الوريد (للمستعملة في علاج أعراض التهاب المفاصل

5 ملغ قابلة للسكر مع الطعام والشراب
لع ، حبات ملبسة قابلة للسكر قبل وجبة الطعام .

تعتقدن بأنك حامل أو تخططين للإحباب ، عليك باستشارة الطبيب الدواء .

إن كنت تظنين بأنك حامل (أو إن كنت توقّعين الحمل) ،
فقد من أخذ كوفرسيل 5 ملغ حبات ملبسة قابلة للسكر قبل وقوع
سبب لك دواء آخر بدلاً من كوفرسيل 5 ملغ حبات ملبسة قابلة
للع حبات ملبسة قابلة للسكر في بداية الحمل ، كما يحظر أخذه قطعياً
حيث أنه يشكل خطراً على الجنين .

من (أو على وشك الإرضاع) .

5 ملغ حبات ملبسة قابلة للسكر لدى المرأة المرضع . فإن كنت مصرة
أخذ طبيبك علاجاً آخر ، وخاصة إن كان مفقك حديث الولادة أو

الآثار

ملبسة قابلة للسكر لا يؤثر على البيلة ، لكن قد يظهر إحساس بالدوار
في نتيجة إغماس الضغط الشرياني . لذا فقد تخفف القدره على قيادة
الآلات .

5 ملغ حبات ملبسة قابلة للسكر على شرب الحليب (لاكتوز)
حيث بأن جسمك لا يتقبل بعض أنواع الحليب ، عليك بمراجعة قبل أخذ
في الدواء .

3. كيف يؤخذ كوفرسيل 5 ملغ ، حبات ملبسة قابلة للسكر ؟
عليك دائماً الالتزام بتناول هذا الدواء بالطريقة التي وصفها لك طبيبك . فإن لم تكن متأكد ،
عليك باستشارة طبيبك .
تتبع الحقة مع كأس من الماء ، وتُستحسن أخذها يومياً في نفس الميعاد أي في الصباح قبل وجبة
الإطار .

إن طبيبك هو الذي يقرّر مقدار الجرعة المناسبة لوضعك .
بمراح مقدار الجرعة الموصى بها كالتالي :
ارتفاع الضغط الشرياني : إن الجرعة الابتدائية في بداية العلاج وجرعة الرقابة عبارة عن 5 ملغ في
اليوم . إن تطلب الأمر ، يمكن رفع هذه الجرعة ، بعد شهر من العلاج ، إلى 10 ملغ في اليوم وفي
الجرعة القصوى إشاراً إليها العلاج إرجاع الضغط الشرياني .

إن كنت متجاوزاً 65 سنة من العمر ، تكون الجرعة الابتدائية في بداية العلاج عبارة عن 2.5 ملغ في
اليوم ، يمكن رفعها ، بعد شهر من العلاج ، إلى 5 ملغ ، ثم إلى 10 ملغ في اليوم إن تطلب الأمر .
القصور القلبي : الجرعة الابتدائية في بداية العلاج عبارة عن 2.5 ملغ في اليوم . إن تطلب الأمر ،
يمكن رفعها ، بعد أسبوعين من العلاج ، إلى 5 ملغ في اليوم وفي الجرعة القصوى إشاراً إليها العلاج
القصور القلبي .

الآثار الضارة (الآثار الجانبية) : الجرعة الابتدائية في بداية العلاج عبارة عن 5 ملغ في اليوم . يمكن
رفعها ، بعد أسبوعين من العلاج ، إلى 10 ملغ في اليوم وفي الجرعة القصوى إشاراً إليها في هذا
العلاج .
إن كنت متجاوزاً 65 سنة من العمر ، تكون الجرعة الابتدائية في بداية العلاج عبارة عن 2.5 ملغ في
اليوم ، يمكن رفعها ، بعد أسبوعين من العلاج ، إلى 5 ملغ ، ثم إلى 10 ملغ في اليوم الأسبوع التالي .
في حالة أخطأت كوفرسيل 5 ملغ ، حبات ملبسة قابلة للسكر أكثر من اللازم

استشر طبيبك أو الصيدلاني أو أذهب فوراً إلى المستشفى الأقر لك . أكثر ما يُحتمل وقوعه في
حالة الإفراط بالجرعة ، هو إغماس الضغط الشرياني ، وقد يكون هذا مصحوباً بالدوار والذهول .
في هذه الحالة عليك بالتدخل في رفع السائل للأعلى .
في حالة نسيبت أخذ كوفرسيل 5 ملغ ، حبات ملبسة قابلة للسكر

في العام هذا أخذ الدواء يومياً ناعمة الدواء ثابتة للعلاج المنتظم . ففي حالة نسيبت أخذ
كوفرسيل 5 ملغ ، حبات ملبسة قابلة للسكر ، أخذ الدواء كالعادة في اليوم التالي .

اقرأ بديقة هذه النشرة قبل أن تأخذ هذا الدواء . لأنها تحتوي على معلومات هامة لك .

• احتفظ بهذه النشرة ، فقد تحتاجها لتستند إلى
• إذا كانت لديك أسئلة أخرى اسأل طبيبك
المرضى (ة) .

• لقد وصف هذا الدواء لك شخصياً . فلا يجوز
آخر ، حتى وإن كانت الأعراض متشابهة ، فقد ؟
• إذا شعرت بأي آثار جانبية تكلم مع الط
المرضى (ة) . هذا ينطبق أيضاً على جميع الآثار
في هذه النشرة (انظر إلى مقطع 4 : ما هي الأ

في هذه النشرة :

1. ما هو كوفرسيل 5 ملغ ، حبات ملبسة قابلة للسكر وفي أيا
2. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل 5 ملغ ؟
3. كيف يؤخذ كوفرسيل 5 ملغ ، حبات ملبسة قابلة للسكر ؟
4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة ؟
5. كيف يُحفظ كوفرسيل 5 ملغ ، حبات ملبسة قابلة للسكر ؟
6. محتوى العبوة ومعلومات إضافية .

1. ما هو كوفرسيل 5 ملغ ، حبات ملبسة قابلة للسكر وفي أية
الفة العلاجية الصيدلانية : مشتبات لحميرة التحويل (IEC)
كود C09AA04 : ATC

5 ملغ حبات ملبسة قابلة للسكر ، هو عبارة عن مشتق لحميرة تحويل (IEC) . وهو يعمل
على توسيع الأوعية الدموية مسهلها بهذا عمل القلب في ضخ الدم عبرها .

يستعمل كوفرسيل 5 ملغ ، حبات ملبسة قابلة للسكر في :
• في علاج ارتفاع الضغط الشرياني .

• في حالة القصور القلبي (أي في حالة قصور القلب عن ضخ الكمية الكافية من الدم التي يحتاجها
الجسم) .

• لتخفيض خطر التعرض للموادم القلبية ، مثل الذبحة القلبية ، لدى المصابين بمرض الشريان
التاجي الثلاث (جريان الدم الوارد للقلب عضلي أو محصور) ولدى من أصيبوا من قبل بسكتة
قلبية ، و/أو لدى من خضعوا لعملية تحسين ضخ الدم للقلب عن طريق توسيع الشرايين التي
تد القلب بالدم .

2. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل 5 ملغ ، حبات ملبسة قابلة
للسكر ؟

إذا كان طبيبك قد سبق وأعطاك بأنك مصاب بعدم تحلل بعض أنواع السكر ، فافصل بالطبيب
قبل المباشرة بتناول هذا الدواء .

لا يجوز على الإطلاق أخذ كوفرسيل 5 ملغ حبات ملبسة قابلة للسكر :
• إذا كانت لديك حساسية من البيراندوبريل ، أو من أحد المكونات الأخرى التي يحتوي عليها هذا
الدواء أو من الأدوية التابعة لنفس مشتقات خميرة تحويل الأنيوتنسين .

• إن طرأت لك في الماضي بواكر صغر وقت التنفس ، أو تورم في الوجه أو في اللسان ، أو في
الآخرة ، حكة شديدة ، أو طفح جلدي شديد وقت العلاج بواسطة مشتقات تحويل الأنيوتنسين
(IEC) ، أو إن سبق وظهرت هذه الأعراض على أحد من أفراد عائلتك مهما كان السبب (أي
ظهور ودمة وعائية) .

• إذا كنت حاملين منذ أكثر من ثلاثة أشهر . من الأفضل تجنب أخذ كوفرسيل 5 ملغ ، حبات ملبسة
قابلة للسكر في بداية الحمل (انظري إلى مقطع 4 الحمل والإرضاع) .

• إذا كنت مصاباً بالسكري أو باضطراب الوظيفية الكلوية وتتلقى علاجاً خافضاً لضغط الدم يحتوي
على الأليسكربين (Falkindren) .

• إن كنت خاضعاً لتصفية الدم أو لديك طريقة أخرى لتصفية الدم ، قد يكون كوفرسيل غير
مناسب لك (انظر إلى الملاحظة) .

92.00

LD-NOR®

10, 20 & 40 mg, Comprimé pelliculé

(DCI : Atorvastatine)

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

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS :

LD-NOR® 10, 20 & 40 mg : boîte de 10 et 30 comprimés pelliculés

Composition :

| Principe actif | LD-NOR 10 mg | LD-NOR 20 mg |
|----------------------------|--------------|--------------|
| atorvastatine calcium | 10,34 mg | 20,68 mg |
| équivalent à atorvastatine | 10 mg | 20 mg |

Excipients : phormasorb regular, microcelac 100, cellulose hydroxypropyl, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, qsp un comprimé pelliculé.

Excipient à effet notoire : lactose monohydrate.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

LD-NOR comprimé pelliculé appartient à un groupe de médicaments la régulation des lipides (grasses).

INDICATIONS :

LD-NOR comprimé pelliculé est utilisé pour diminuer le taux de cholestérol et triglycérides lorsqu'un régime pauvre en graisses associé à des modifications du mode de vie ne sont pas suffisants. Si vous présentez des facteurs de risque de survenue de maladie du cœur, LD-NOR, comprimé pelliculé peut également être utilisé pour 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.

CONTRE-INDICATIONS :

Ne prenez jamais LD-NOR comprimé pelliculé :

- Si vous êtes hypersensible (allergique) à LD-NOR, comprimé pelliculé ou à un autre médicament similaire utilisé pour diminuer les lipides dans le sang, ou à l'un des composants contenus dans ce médicament.
- Si vous avez eu ou avez une maladie du foie.
- Si vous avez eu des résultats d'analyse des tests de votre fonction hépatique anormaux et inexpliqués.
- Si vous êtes une femme en âge d'avoir des enfants et que vous n'utilisez pas une méthode de contraception fiable.
- Si vous êtes enceinte ou essayez de l'être.
- Si vous allaitez.

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTION D'EMPLOI :

Faites attention avec LD-NOR, comprimé pelliculé :

- Si vous présentez l'une des situations suivantes, LD-NOR, comprimé pelliculé peut ne pas être adapté pour vous.
- Si vous avez précédemment eu un accident vasculaire cérébral avec saignement, dans le cerveau, ou si vous avez de petites poches de liquides dans le cerveau suite à un accident vasculaire cérébral.
- Si vous avez des problèmes aux reins.
- Si votre activité de votre glande thyroïde est insuffisante (hypothyroïdie).
- Si vous avez présenté dans le passé des courbatures ou des douleurs musculaires répétées et inexpliquées, ou si vous avez eu des antécédents personnels ou familiaux de problèmes musculaires.
- Si vous avez eu des problèmes musculaires pendant un traitement avec d'autres médicaments diminuant les lipides du sang (par exemple une autre statine ou un fibrate).
- Si vous avez eu des écoulements sanguins anormaux (hémorragies).

établie. Demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre tout médicament. D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MEDICAMENT.

CONDUITE DE VEHICULES ET UTILISATION DE MACHINES

Ce médicament n'affecte normalement pas votre capacité à conduire ou utiliser des machines. Cependant ne conduisez pas si ce médicament affecte votre aptitude à conduire. N'utilisez pas d'appareils ou de machines si votre capacité à les utiliser est affectée par ce médicament.

POSOLOGIE, MODE ET VOIES D'ADMINISTRATION :

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

La posologie initiale habituelle de LD-NOR, comprimé pelliculé est de 10 mg en une prise par jour chez les adultes et enfants âgés de 10 ans et plus. Si nécessaire par votre médecin jusqu'à la posologie dont votre médecin a intervalle d'au moins 4 semaines. La dose recommandée pour les adultes est de 20 mg une fois par jour chez les

adultes entiers avec un verre d'eau et peuvent être saisissez cependant de prendre votre comprimé tous

jours. En cas de doute, consultez votre médecin

est déterminée par votre médecin.

Si vous sentez trop fort ou trop faible, parlez-en à votre médecin. Si vous avez des effets indésirables, contactez immédiatement votre médecin.

LD-NOR, que vous n'auriez dû (plus que votre dose plus proche pour vous.

LOT : 201669

UT AV : 11/2023

PPV : 57,80DH

(DD) PPV

LOT N°

Si vous ne pouvez pas prendre une dose, prenez simplement la prochaine dose prévue à l'heure normale. Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre.

Risque de syndrome de sevrage

Si vous arrêtez de prendre LD-NOR, comprimé pelliculé :

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, ou souhaitez arrêter de prendre votre traitement demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

EFFETS SECONDAIRES :

Comme tous les médicaments, LD-NOR, comprimé pelliculé est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Si vous ressentez l'un des effets indésirables graves suivants, arrêtez de prendre vos comprimés et contactez immédiatement votre médecin ou allez aux services des urgences de l'hôpital le plus proche.

Rare : affecte 1 à 10 patients sur 10000 :

- Réaction allergique sévère entraînant un gonflement du visage, de la langue et de la gorge pouvant provoquer d'importantes difficultés à respirer.
- Pathologie sévère avec pelade et gonflement grave de la peau, cloques sur la peau, dans la bouche, sur la zone génitale et autour des yeux et une fièvre. Eruption cutanée de taches roses rouges, particulièrement sur la paume des mains ou la plante des pieds qui peuvent former des cloques.
- Faiblesse musculaire, endolorissement ou douleurs musculaires associées à une sensation de malaise ou de fièvre, pouvant être causées par une atteinte musculaire anormale qui peut engager le pronostic vital et entraîner des problèmes aux reins.

Très rare : affecte moins de 1 patient sur 10000 :

- La présence inattendue ou inhabituelle de saignements ou d'hématomes peut être le signe d'anomalie du fonctionnement de votre foie. Dans ce cas consultez votre médecin dès que possible.

Autres effets indésirables éventuels LD-NOR, comprimé pelliculé

Effets indésirables fréquents (affectent 1 à 10 patients sur 100) :

- Inflammation des cavités nasales, maux de gorges, saignements de nez.
- Réaction allergiques.
- Augmentation du taux de sucre dans le sang (si vous êtes diabétique, continuez à surveiller attentivement votre glycémie) augmentation du taux de créatine phosphokinase dans le sang.
- Maux de tête
- Nausée, constipation, flatulence, indigestion.