

# 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 Meilleurs 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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) : .....

Le : ..... / ..... / .....

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

## tions 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.

Le cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## phacie :

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

## logie 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.

## ie :

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

## ication :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de séances d'éducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## tre :

Le 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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## lie 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

clamation : contact@mupras.com  
ise en charge : pec@mupras.com  
adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



# Declaration de Maladie

N° W21-663638

## Maladie

## Dentaire

## Optique

A

Matricule : 1183 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HARACHI MOHAMMED

01-01-1948

Date de naissance :

Adresse : 100 Rue Brahim Nokhri, Maârif Casablanca

Tél. : 0661133629

Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Complément Conjoint Age : 65

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 07/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
				INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que les résultats de la radiographie de la racine.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	H 	G												
			<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										
				DATE DE L'EXECUTION										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATT



### RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 04/07/2022  
 Num Paiement : 1433028  
 Assuré : HACHLAF ZOHRA  
 N° d'immatriculation : 10062218  
 Mode de règlement : Virement  
 Veuillez Consulter Notre Espace Assure <https://assures.cmim.ma/>



HACHLAF ZOHRA BANK OF AFRIKA "RET"  
 100 RUE BRAHIM NAKHAI  
 APPT 25  
 CASABLANCA  
 MAROC



Emis à Casablanca le : 04/07/2022

Page:3 / 3

Nous avons le plaisir de vous informer ci-dessous des règlements effectués en votre faveur.

### Détail de vos remboursements

N° dossier	Date de soins	Actes	Qte	Coef	Taux de Remboursement	Dépenses	Base de remboursement	Remboursement autre mutuelle ou assurance	Montant rembourse	Motif rejet
Pour HACHLAF ZOHRA / 10062218 \ 001CMIM0310M20220630944712										
VL8938747	13/05/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300.00	0.00	255,00	
VL8938747	13/05/2022	CARDIOASPIRINE 100 MG (Prix : 27,70 dhs)	2	1.00	85.00 %	55,40	55.40	0.00	47,09	
VL8938747	13/05/2022	FLUDEX LP 1.5 MG (Prix : 68,9 dhs)	3	1.00	85.00 %	206,70	206.70	0.00	175,70	
VL8938747	13/05/2022	COVERSYL 2 MG (Prix : 172,6 dhs)	3	1.00	85.00 %	276,00	517.80	0.00	234,60	
VL8938747	13/05/2022	TAHOR 10 MG 28 COMPRIME 10 MG (Prix : 79 dhs)	3	1.00	85.00 %	237,00	237.00	0.00	201,45	
Total remboursé pour : ZOHRA						1 075,10			913,84	

Décompte : 1433028 Date de Paiement : 04/07/2022 Prestation : 913,84 DHs

Pour vos prochaines demandes de remboursement ,notez bien que :

- La pharmacie doit être justifiée par les codes à Barres, à défaut il faut envoyer les Prix Public de Vente (PPV) et les prospectus.
- Le médecin traitant ainsi que les auxiliaires médicaux doivent renseigner obligatoirement l'Identifiant National du Praticien (INP)

## QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 1- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les 3 mois qui suivent le premier acte médical.
  - 2- les risques liés aux accidents de travail, de la voie publique et les maladies professionnelles. Pouvant être indemnisés par un tiers responsable ne sont pas couverts.
  - 3- l'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect de conditions réglementaires.
  - 4- La présente demande est remplie par le médecin lors de chaque visite et par le pharmacien lors de l'exécution de chaque ordonnance médicale.
  - 5- les ordonnances sur lesquelles doivent être collées les codes-barres de produits pharmaceutiques (à défaut joindre la partie de l'emballage portant le prix du produit) et les prospectus des produits pharmaceutiques
  - 6- Facture de l'opticien : lunettes & lentilles
  - 7- Prescription des analyses et radio
  - 8- Copies des résultats des analyses et comptes rendus des radiographies doivent être joints aux ordonnances transmises
  - 9- Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible de sanctions légales et réglementaires.

NOTE D'INFORMATION RELATIVE A LA LOI 09-01

Les données collectées par la CMIM sont nécessaires à la Gestion des remboursements de dossiers Maladie/ Maternité

Peuvent seuls, dans la limite de leurs attributions respectives, être destinataires de ces informations: le personnel de la CMIM, les médecins conseil, les affiliés, le souscripteur, les praticiens conventionnés, le dispositif de contrôle externe et les organes de règlement du secteur en cas de besoin.

Conformément à la loi n°09-08, vous pouvez accéder aux informations vous concernant, les rectifier ou vous opposer au traitement de vos données pour motif légitime, par courrier avec accusé de réception à l'adresse suivante : CMIM, service audit interne, 36 bd d'anfa, 20000 CASABLANCA.

Ce traitement a reçu récépissé de la commission nationale de contrôle de la protection de données à caractère personnel, sous le numéro A-161/2013, en date du 28 /02 /2014



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT  
FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES**

(Réservée à la CMIM)

1

T

## REFERENCE DOSSI



\* ML8938747

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (F)

Nom et Prénom : HACHAF Zohra

MATRICULE ASSURE : 20106160141 N° CIN : B27639

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE**

Nom et Prénom : HACHIAF Zale Lien de parenté :

MATRICULE BENEFICIAIRE : \_\_\_\_\_

Date de naissance :

Montant des frais (DHS) : 1370,40 Nombre de pièces jointes : 1

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT**

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau : .....	
CACHET	

SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa – CASABLANCA Tél: 0522.20.24.20/21 Fax : 0522.26.24.51

Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : [www.cmjm.ma](http://www.cmjm.ma)

et prénom du malade : MAHDIA Zehra

Nature de la maladie : HTA

CIM-10 :

Dr. C. ABDEL KHIRANE  
Cardiologue  
Clinique des spécialités Achifaa  
Angle rues Lahcen El Arajoune et Lavoisier  
(face Hôpital 20 Août)  
Tal : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59

Nature des prestations

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
Médecin traitant	<u>13/05/22</u>	<u>G + K16</u>		<u>Dr. C. ABDEL KHIRANE</u> Cardiologue Clinique des spécialités Achifaa Angle rues Lahcen El Arajoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) Tal : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59	<u>092037134</u>
Radiographie					
Analyses					

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

\* la date fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, DialysePsychothérapie..)

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INP : 092037134

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
13/05/2022	-Cetavyl 5mg	04	92,00	368,00	
	-Fludex 1p	04	68,90	275,60	
	-Taffor 1mg	04	79,00	316,00	
	-Acetylsalicylique	04	27,70	110,80	
	TOTAL	16	257,60	1072,40	PHARMACIE LA GRANGE 35, rue Abou Alass El Jazira - 70100 DAKAR Tél : 06 23 990 710 - 06 23 710 05 50 41 01 © pharmacie la grange

OPTIQUE

Code INP : |||||

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

LOT N°: FW 7283 79 00

25 P.P.V. 79 00 AV: 21 25 P.P.V.  
LOT N°: FW 7283 IT N°: FW 7283 79 00

09366082/4

09366082/4

09366082/4

Hypocholestérolémiant/Inhibiteur de l'HMG-CoA réductase. (B: Sang, organes immunitaires).

DANS QUEL CAS UTILISER CE MÉDICAMENT :

Ce médicament est un hypocholestérolémiant qui abaisse la quantité de cholestérol dans votre sang. Il est habituellement prescrit lorsque les activités physiques, la

élevée de cholestérol, a été insuffisant. traitements.

Veuillez lire cette notice avant de prendre ce médicament pour vous.

• Gardez cette notice avant de prendre ce médicament. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

• Si vous avez des questions, demandez conseil à votre pharmacien ou à votre infirmier/ère.

de l'hypotension artérielle (maladie de l'oreillette), en particulier lors d'administration.

• 1,5 mg, comprimé pelliculé délivré à la grossesse et allaitement.

• Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous

grossesse, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

• Si vous êtes enceinte ou que vous alliez, si vous

grossesse, demandez conseil à votre pharmacien.

• Si vous êtes enceinte ou que vous alliez, si vous

(50 X 20 X 114) mm

(50 X 20 X 114) mm

(50 X 20 X 114) mm

30 comprimé

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 d'autres questions, 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



C

6 118001 090280

CardioAspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

CardioAspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

PIRINE®

100 mg, comprimés gastro-résistants

#### Dans cette notice :

1. Qu'est ce que CardioAspirine 100 mg et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations nécessaires à connaître avant de prendre CardioAspirine 100 mg ?
3. Comment prendre CardioAspirine 100 mg ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver CardioAspirine 100 mg ?
6. Informations supplémentaires

#### 1. QU'EST CE QUE CARDIOASPIRINE 100 MG ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

CardioAspirine contient comme principe actif l'acide acétylsalicylique. Ce dernier inhibe, à doses réduites déjà, l'agrégation des plaquettes sanguines. Grâce à un enrobage résistant à l'acidité gastrique, le

- si vous avez une maladie grave du rein,
- si vous avez une maladie grave du foie ou si vous souffrez d'une encéphalopathie hépatique (maladie dégénérative du cerveau),
- si vous avez un taux bas de potassium dans le sang,

- comprimés de calcium ou autres suppléments équivalents,
- ciclosporine, tacrolimus ou autres immunosupresseurs utilisés suite à une transplantation d'organe, pour le traitement de maladies auto-immunes ou de maladies rhumatismales ou dermatologiques graves,
- tétracosactide (pour traiter la maladie de Crohn).

FLUDEX 1,5 mg comprimé pelliculé à libération prolongée avec des alliments et boissons

Sans objet

#### Grossesse et allaitement

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

L'utilisation de ce médicament est déconseillée pendant la grossesse. Lorsqu'une grossesse est planifiée ou confirmée, un traitement alternatif doit être initié dès que possible.

Prévenez votre médecin si vous êtes enceinte ou si vous souhaitez l'être. Le principe actif est excrété dans le lait maternel. L'allaitement est déconseillé si vous prenez ce médicament.

#### Sportifs

Sportifs, attention, cette spécialité contient un principe actif pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopage.

# TAHOR® 10 mg مع 10 أقراص مغلفة

## أتورفاستتين

### أقراص مغلفة

التركيب النوعي والكمي للدواء :  
• أتورفاستين: كبسولات دالل التبيه يوازي أتورفاستين 10 مغ.  
المكونات : كربونات الكالسيوم، خلور بولي مهوري، لاكتوز أحادي التبيه، كروسكاربيلوز مكون من الصوديوم، عنصر السوربات المتعدد، 80، خلويز البروبيل المعدني، حامض المغفنيوم الإستياري، أباديرو

أبيفر 1-7040-YS، مستحلب مضاد للرغوة، شمع كانديلايل، سواع كاف للغرس الملافل.

الفلدة الدوائية : دواء مغلف الكوليستيروл يعنى عارض الإصابة بأمراض القلب والشرايين نتيجة لارتفاع ضغط الدم مصاحب لعسر الشحمية (الدم والأعضاء القابلة للتلون بالدم).

حالات استعمال هذه الدواء : إن هذا الدواء يعنى عارض الإصابة الكوليستيرول في الدم، ويؤدى إلى ارتفاع الكوليستيرول في العروز وتنبؤ الحمية الغذائية في خفض معدلات الكوليستيرول في دمك بشكل كاف.

يُنصح باستخدام هذا الدواء في معالجة بعض حالات الارتفاع المغفني الكوليستيرول عندما يُبين أن الحمية الغذائية المتميزة والمتواضعة غير كافية.

يُنصح أيضاً باستخدام هذا الدواء في بعض حالات أمراض ارتفاع الكوليستيرول المغفني العائلية المعروفة سواءً لوحدة أو مع أدوية أخرى.

يُنصح أقراص الأوردة الناجحة لدى المرضى الذين يعانون من توفر الأوعية الدموية والذين يعانون من الملاج في إطار الوقاية الأولية لترخيصهم ثلاثة عوامل خطر الإصابة سواءً مع أو بدون وجود إفراط في معدل الدواء في الدم.

نطلي موصولة الحمية الغذائية ضرورية.

#### شمام

الحالات التي يجب الامتناع فيها عن استخدام هذا الدواء :

• يجب عدم استخدام هذا الدواء في الحالات التالية :

#### الحساسية لبعض مركبات الدواء (انظر مكونات الدواء).

• في حالة ارتفاع الكوليستيرول في الدم (Itraconazole) (التي توصف لمعالجة بعض الإصابات الفطرية) ومع الأدوية المضادة للبروتياز ودواء Antiprotases.

• في حالة ارتفاع الكوليستيرول في الدم (Delavirdine) (التي توصف لمعالجة الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة) :

#### لدينوزوسين

• عند المرأة المرضعة (انظر الفقرة المخصصة للعمل والرضاعة).

• يجب بشكل عام عدم استخدام هذا الدواء إلا بموافقة طبيبك في حالة استخدامه مع دواء آخر لمعالجة الكوليستيرول أو دواء مغلف الكوليستيرول (انظر تفاعل الدواء مع أدوية أخرى).

#### عند الشلل

يُنصح أقراص الكوليستيرول أو دواء مغلف الكوليستيرول (انظر تفاعل الدواء مع أدوية أخرى).

#### محاذير خاصة :

• في حالة ارتفاع الكوليستيرول المغفني المفرط، يعنى التقى بدقة بالحمية الغذائية التي يصفها طبيبك.

• يتمنى إجراء فحص كامل للكبد قبل البدء في العلاج وبعده بفترة مناسبة، يُنصح بعدم تناول هذا الدواء في حالة انتصاف السكر الخلقي أو سوء انتصاف البليزوز والفالكتوز أو تقص في الملاكتوز (أمراض ايتبيه نادرة).

#### عند الشلل

يُنصح بإجراء فحص كامل للكبد في حالة انتصاف السكر الخلقي أو سوء انتصاف البليزوز أو الصيدلي.

#### احتياطات عند استخدام الدواء :

• يجب الانتباه عند استخدام هذا الدواء في الحالات التالية :

#### عند الإصابة

• عند إصابة كهربائية من الكهول أو عند الإصابة بمرض كيبي:

#### عند الرؤية

• عند الرؤية في العمل أو إرتفاع طبلة، يُنصح بعدم استخدامه عند الرؤية.

#### عند الشلل

يُنصح بالانتباه لارتفاع طبلة، يُنصح بعدم استخدام طبيبك بذلك.

#### كيفية استخدام هذا الدواء :

من أجل تقادم حدوث تفاعل بين هذا الدواء وأدوية أخرى، يتعين عليك أخبار طبيبك ما إذا كنت تتناولون دواء آخر مغلف الكوليستيرول أو ما إذا كنت تتناولون دواء آخر مغلف الكوليستيرول المغفني.

#### الحمل والرضاعة :

ليست هناك أية إرشادات خاصة خلال الحمل. إذا اكتسبت انتهاك حامل خلل الملاج، يُنصح بـ إخبار طبيبك فهو الوحيد الذي يمكنه تتعديل الملاج ليناسب حالتك الصعبية.

إن هذا الدواء يصل إلى طبلة الأم، وإنما، يُنصح بعدم استخدامه عند الرؤية.

#### إذا رغبت في العمل أو إرتفاع طبلة، يُنصح بـ إخبار طبيبك بذلك.

#### المغفار

حددت الجرعة العادلة للدواء في 10 مل إلى 20 مل في اليوم، لكن، يمكن عند الضرورة رفع الجرعة إلى 80 مل في اليوم كحد أقصى.

#### في كل الحالات، يتعين تناوله بشكل دقيق وبوصفة الطبيب :

#### كثافة وطرق تناول الدواء :

يأخذ هذا الدواء من طبلة الملاج.

#### عدد المرات والأوقات التي يتعين فيها تناول الدواء :

يجب تناول هذا الدواء مرة واحدة في اليوم (سواء قبل أو إثنان أو أربع ساعات).

#### مدة العلاج :

يشكل هذا الدواء، عند استخدامه مع تقدير بالحمية الغذائية، علاجاً ينفي موصيته لفترة جد طويلة ومرافقته بانتظام. من أجل استخدام هذا الدواء استعمالاً جيداً، من الضروري الخضوع بانتظام للمراقبة الطبية التي تشمل إجراء فحص منظم لدمك لتحديد معدل الكوليستيرول.

#### التأثيرات غير المغففة فيها والمرخصة :

• بالنسبة لمفعول العلاج، يمكن لهذا الدواء، من التأثيرات الملاحظة خفيفة ولا تستمر سوى قترة قصيرة، وتتمثل في اضطرابات المضمضة (الإمساك والإحساس بالانتفاخ وسوء الهضم والألم البطن والغثيان والإسهال)، الصداع

#### أعراض أو تأثيرات مغففة (وواقعة) في بعض الأحيان ارتفاع في الأنزيمات المضليلة.

#### كم تشتت ملاحظة الأعراض التالية :

• اضطرابات جلدية (حكة، ملطف جلدي منتشر أو سقوط شعر الرأس أو شعر البدن):

#### أعراض مغففة :

• ارتفاع تراويمات الكبد، التهاب الكبد، اليرقان أو إصابة البنكرياس (التهاب البنكرياس، ضعف الشهية، التقيؤ)

#### الإصابة بالدواء المغففة :

#### العدم :

• عدم مفضلة:

• وفي حالات استثنائية تمت ملاحظة الأعراض التالية :

#### إضافة الأذان المضدية :

#### إذا استسيطت باوجاع عضليه (وحساسية عضليه مؤلمة أو ضعف عضلي، يادروا إلى استشارة طبيبك لأن المشكلات المضدية يمكن أن تكون خطيرة في حالات نادرة.

#### أعراض أو تأثيرات مغففة :

• ارتفاع متعدد في بعض تراويمات الكبد.

#### ووجود مفرطة أو غير كافية من السكري في الدم :

• ارتفاع في بعض عناصر الدم (المضيبيات المدورة) التي تطلب دواماً منها في تغذير الدم:

#### أعراضوا طبيبك أو الصيدلي بـ أي تأثيرات غير مغففة فيها أو مغففة لم تذكر في هذه التشرية الدوائية.

#### ملاحظة الدواء :

يجب عدم استخدام الدواء بعد انصراف تاريخ الصلاحية الموجود على ظهر العلبة.

#### شكل تقديم الدواء :

ملغم® 10 مل، على علبة من 14 قرص مختلف.

#### ملغم® 10 مل، على علبة من 28 قرص مختلف.

#### ملغم® 10 مل، على علبة من 56 قرص مختلف.

#### الالزاحة 1-جدول A :

#### لابطان هذا الدواء لا يوصى صفة طيبة.

#### مختبرات فايز - شركة مغفلة

#### الجديدة - المغرب

#### ماركة مسجلة

#### Les autres composants sont:

- Dans le noyau du comprimé : silice colloïdale anhydre (E551), hypromellose (E464), lactose monohydraté, stéarate de magnésium (E470B), povidone.

- Dans le pelliculage du comprimé : glycérol (E422), hypromellose (E464), macrogol 6000, stéarate de magnésium (E470B), dioxyde de titane (E171).

Qu'est-ce que FLUDEX 1,5 mg, comprimé pelliculé à libération prolongée et contenu de l'emballage extérieur :

Ce médicament se présente sous forme de comprimé.

FLUDEX 1,5 mg est disponible en boîte de 30 comprimés pelliculés à libération prolongée.

La dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est : février 2018  
Conditions de prescription et de délivrance : liste II



SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, Lot FATH 4

Bd Abdelhadi BOUTALEB

20180 Casablanca



مصحة الاختصاصات التخصصية  
Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Laheen El Arjouni et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)  
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Casablanca, le : .....

Casablanca, 13/05/2022

Docteur :

Mme HACHLAF ZOHRA

92,00 x 4	1) COVERSYL 500/5 mg	1cp/j
68,90 x 4	2) FLUDEX LP	1cp/j
79,00 x 4	3) TAHOR 10 mg	1cp/j
27,70 x 4	4) CARDIO ASPIRINE 100 mg	1cp/j
<hr/>		
T: 1070,40 Dhs.		

QSP 3 mois

Dr. C. ABDELKHIRANE  
Cardiologue  
Clinique des spécialités Achifaa  
Angle rues Laheen El Arjouni et Lavoisier  
(face Hôpital 20 Août)  
Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0 61 14 60 59

PHARMACIE LA BRISE

38, rue Abou Moussa El Aïn, Maroc ext. Casablanca  
Tél : 05 22 970 710 - 05 22 004 703 - 06 13 18 41 01  
parapharacie@gmail.com la brise parapharmacie  
ICP : 801608166600612 - INPE : 092637134

URGENCES 24/24 - 05 22 970 710