

# 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

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 061474.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183 Société : 128464

☐ 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.
- Une autorisation préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, interventions 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.

## Prescription :

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

## Logique 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.

## Ordonnance :

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

## Information :

Une autorisation 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.

## Prothèse :

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.

Le 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

- Information : contact@mupras.com
- Personne en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.



## Declaration de Maladie

N° W21-663638

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HARACHI Mohammed

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : 100, Rue Braham Nakhai, Madinet Oubayda

Tél. : 0661133679 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Complément Conjoint 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

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

Fait à : Casablanca Le : 02/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Signature : [Signature]

Signature de l'adhérent(e) :

Signature : [Signature]

Signature de l'adhérent(e) :

Signature : [Signature]

Signature de l'adhérent(e) :

Signature : [Signature]

Signature de l'adhérent(e) :

Signature : [Signature]

Signature de l'adhérent(e) :

Signature : [Signature]

Signature de l'adhérent(e) :

Signature : [Signature]

Signature de l'adhérent(e) :

Signature : [Signature]



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										
				INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>		
<b>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</b>	<b>Date</b>	<b>Montant de la Facture</b>

[illegible][illegible][illegible]

**Important :**

**Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que**

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées[illegible]

**Coefficient:**

INP :                    

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412

21433552

**D**

—

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTIT



### RELEVÉ 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 Assuré <https://assures.cmim.ma/>



HACHLAF ZOHRA BANK OF AFRICA "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 rembourser	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 des 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 09-08

Les données collectées par la CMIM sont nécessaires à la Gestion des remboursements des 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 des données à caractère personnel, sous le numéro A-161/2013, en date du 28 /02 /2014



## DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

REFERENCE DOSSIER



\* ML8938747 \*

(Réservée à la CMIM)

D: \_\_\_\_\_

T: \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : HACHAF Zohra

MATRICULE ASSURE : 20106140141 N° CIN : B27639

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : HACHAF Zohra Lien de parenté : \_\_\_\_\_

MATRICULE BENEFICIAIRE :                     

Date de naissance :                     

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

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

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.cmim.ma](http://www.cmim.ma)



et prénom du malade : LATA N. HACHAF Zahra  
 Nature de la maladie : ATA  
 CIM-10 : I20

**Dr. C. ABDELKHIRANE**  
 Cardiologue  
 Clinique des spécialités Achifaa  
 Angle rues Lancerie El Arjoune et Lavoisier  
 Hôpital 20 Août  
 Tél : 0 522 850 220 - 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	13/05/22	G + K16			091000679
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, Dialyse Psychothérapie..)

**FRAIS PHARMACEUTIQUE**

Code INP : 092037134

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
13/05/2022	Couvalyl Sang	04	92,00	368,00	
	Fludex Lp	04	68,90	275,60	
	Tafher Sang	04	79,00	316,00	
	CardioAspirine	04	27,70	110,80	
	TOTAL	16	267,60	1070,40	

**OPTIQUE**

Code INP :                     

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			



LOT N°: FW 7 2 8 3 7 9 0 0

LOT N°: FW 7 2 8 3 7 9 0 0

AV.: 01 25 P.P.V. 7 9 0 0 ITN: FW 7 2 8 3

09366082/4

09366082/4

09366082/4

Hypocholestérolémiant/inhibiteur de l'HMG-CoA réductase. (B. sang. organes hématopoïétiques).

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 perte de poids et les modifications de votre régime alimentaire n'ont pas permis d'abaisser suffisamment ce taux de cholestérol. Il est habituellement prescrit lorsque les activités physiques, la perte de poids et les modifications de votre régime alimentaire n'ont pas permis d'abaisser suffisamment ce taux de cholestérol. Il est habituellement prescrit lorsque les activités physiques, la perte de poids et les modifications de votre régime alimentaire n'ont pas permis d'abaisser suffisamment ce taux de cholestérol.

**Veillez à 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

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

la notice, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.



C

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

6 118001 090280

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

6 118001 090280

**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.

**Avertissements et précautions**

- Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre FLUDEX 1,5 mg :
- si vous avez une maladie du foie,
- si vous êtes diabétique,
- si vous souffrez de goutte,
- si vous avez des troubles du rythme cardiaque ou des problèmes rénaux,
- si vous devez faire un examen de votre glande parathyroïde.

Vous devez informer votre médecin si vous avez eu des réactions de photosensibilisation.

Votre médecin peut être amené à vous prescrire des examens biologiques afin de surveiller des taux faibles de sodium ou de potassium ou des taux élevés de calcium dans le sang.

Si vous pensez être concernés par ces situations ou si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malab-

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

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

Sans objet

**Grossesse et allaitement**

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, 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 مخ 10 طهور

## أتورفاستاتين Atorvastatine

### أقراص مغلفة

#### التركيب النوي والكيمي للدواء

• أتورفاستاتين كيميائي ثلاثي النوية بوزي أتورفاستاتين 10 مخ. المكونات: بوزونات الكاسيوم، خليو بلوري مجهري، لانتور أحادي النوية، كروسكاراميلوز مكون من الصوديوم، عنصر السوربات المتعدد 80، خليو البرويل المعية، حامض المغنسيوم الإستراري، أوبادري أبيض 1-7040، مستحلب مضاد للرغوة، شمع كانديلا، سواغ كاف للقرص المغلف.

#### الغلة الدوائية:

دواء مخفف للكوليسترول يمنع عوامل الإصابة بأمراض القلب والشرابين نتيجة لارتفاع ضغط الدم مصاحب لعسر الشحمية (الدم والأعضاء القابلة للتلون بالدم) حالات استعمال هذا الدواء:

إن هذا الدواء يخفف كمية الكوليسترول في الدم، ويوصف في المادة عندما لا تتجح الأنشطة البدنية وانخفاض الوزن وتغيير الحمية الغذائية في خفض معدلات الكوليسترول في دمكم بشكل كاف. ينصح باستعمال هذا الدواء في معالجة بعض حالات ارتفاع الكوليسترول عندما يتبين أن الحمية الغذائية المناسبة والمتواصلة غير كافية كما ينصح باستعمال هذا الدواء في بعض حالات ارتفاع الكوليسترول المفرط المعروفة سواء لوحده أو مع أدوية أخرى.

#### وينصح أيضا باستعمال هذا الدواء:

- لخفض أمراض الأوردة الناتجة لدى المرضى الذين يعانون من توتر الأوعية الدموية والذين يخضعون للعلاج في إطار الوقاية الأولية لتعرضهم لثلاثة عوامل خطر الإصابة "سواء مع أو بدون وجود إفرط في معدل الدهون في الدم. تظل مواصلة الحمية الغذائية ضرورية.

#### هوام

الحالات التي يجب الامتناع فيها عن استعمال هذا الدواء:

- يجب عدم استعمال هذا الدواء في الحالات التالية:
  - الحساسية لأحدى مركبات الدواء (انظر مكونات الدواء).
  - الإصابة الكبدية المتطورة مع ارتفاع إنزيمات الكبد.
  - في حالة استعمال هذا الدواء مع أدوية أخرى (انظر تفاعلات الدواء).
  - في حالة استعمال هذا الدواء مع أدوية أخرى (انظر تفاعلات الدواء).
  - في حالة استعمال هذا الدواء مع أدوية أخرى (انظر تفاعلات الدواء).
- يجب بشكل عام عدم استعمال هذا الدواء إلا بموافقة طبيبك في حالة استعماله مع دواء آخر لمعالجة الكوليسترول أو دواء مخفف للكوليسترول (انظر تفاعل الدواء مع أدوية أخرى).
- عند الشكل، يادروا إلى استشارة طبيبك أو الصيدلي.

#### محاذير خاصة:

- في حالة معالجة أمراض ارتفاع الكوليسترول المفرط، يتعين التنبيه بدقة بالحمية الغذائية التي يصفها الطبيب.
- يتعين إجراء فحص كامل للكبد قبل البدء بالعلاج والقيام بفحص دوري للكبد خلال فترة العلاج.
- في حالة الإصابة بالأمراض المزمنة، يادروا إلى إخبار طبيبك المعالج (انظر الفقرة المخصصة للأثار غير المرغوب فيها أو المضرة).
- بسبب وجود اللاكتوز، فإنه ينصح بعدم استعمال هذا الدواء في حالة نقص امتصاص السكر الخلفي أو سوء امتصاص الفايكوز والفاكتوز أو نقص في اللاكتوز (أمراض إضمية نادرة).
- عند الشكل، لا يشرودوا في استشارة طبيبك أو الصيدلي.
- احتياطات عند استعمال الدواء:
- يجب الاحتياط عند استعمال هذا الدواء في الحالات التالية:
  - عند استهلاك كميات كبيرة من الكحول أو عند الإصابة بمرض كبد.
  - عند الرغبة في الحمل أو إرضاع الوليد.
  - عند الشكل، لا تشرودوا في استشارة طبيبك أو الصيدلي.
- تفاعل الدواء مع أدوية أخرى:
- من أجل تفادي حدوث تفاعل بين هذا الدواء وأدوية أخرى، يتعين عليكم إخبار طبيبك أو الصيدلي مباشرة بأي دواء آخر تتناولونه. من المهم بشكل خاص أن يعرف طبيبك ما إذا كنتم تتناولون دواء آخر مخفف للكوليسترول أو ما إذا كنتم تخضعون للعلاج بسبب الإصابة الفطرية أو بسبب فيروس نقص المناعة المكتسبة.
- الحمل والرضاعة:
- ليست هناك أية إرشادات خاصة خلال الحمل. إذا اكتشفت أنك حامل خلال العلاج، يادري إلى إخبار طبيبك فهو الوحيد الذي يمكنه تعديل العلاج ليناسب حالتك الصحية.
- إن هذا الدواء يصل إلى حليب الأم، ولذلك، ينصح بعدم استعماله عند الرضاعة.
- إذا رغبت في الحمل أو إرضاع طفلك، يادري إلى إخبار طبيبك بذلك.
- كيفية استعمال هذا الدواء.

#### المقادير

حددت الجرعة العادية للدواء في 10 مخ في اليوم، لكن يمكن عند الضرورة رفع الجرعة إلى 80 مخ في اليوم كحد أقصى. في كل الحالات، يتعين التنبيه بشكل دقيق بوصفة الطبيب.

#### كيفية وطرق تناول الدواء:

- يأخذ هذا الدواء عن طريق الفم.
- يجب تناول هذا الدواء مرة واحدة في اليوم (سواء قبل الأكل أو بعده).
- مدة العلاج:
- يشكل هذا الدواء، عند استعماله مع التنبيه بالحمية الغذائية، علاجا ينفي مواصلته لفترة جد طويلة ومراقبته بانتظام. من أجل استعمال هذا الدواء استعمالا جيدا، من الضروري الخضوع بانتظام للمراقبة الطبية التي تشمل إجراء فحص منتظم للدم لتحديد معدل الكوليسترول.
- كما يتعين فحص إنزيمات الكبد بشكل منتظم.
- التفاعلات غير المرغوب فيها والمضرة:
- ككل الأدوية الفعالة، يمكن لهذا الدواء أن تتجحه عنه تأثيرات مضرة متفاوتة:
- بالنسبة لمعظم الحالات، فإن التأثيرات الملاحظة خفيفة ولا تستمر سوى فترة قصيرة، وتتمثل في الاضطرابات الهضمية (الإمساك والإحساس بالانتفاخ وسوء الهضم وآلام البطن والغثيان والإسهال)، الصداع (آلام الرأس) والتعب والارتق:
- أوجاع أو تشنجات عضلية (يرافقها في بعض الأحيان ارتفاع في الأنزيمات العضلية).
- كما تمت ملاحظة الأعراض التالية:
- اضطرابات جلدية (حكة، طفح جلدي منتشر) أو سقوط شعر الرأس أو شعر البدن;
- أعراض عصبية: تنمل: الإصابة العصبية الطرفية (إصابة أعصاب الأطراف)، الإحساس بالدوخة، اضطرابات في الذاكرة;
- إصابة الكبد (ارتفاع أنزيمات الكبد، التهاب الكبد، اليرقان) أو إصابة البنكرياس (التهاب البنكرياس)، ضعف الشهية، التقيؤ;
- الإصابة بالأورديما الطرفية;
- المعجز;
- الآم مفصلي;
- وفي حالات استثنائية تمت ملاحظة أعراض التالية:
- إصابة الأوتار العضلية.

#### إذا أحسستم بأوجاع عضلية أو حساسية عضلية مؤلمة أو ضعف عضلي، يادروا إلى استشارة طبيبك لأن المشكلات العضلية يمكن أن تكون خطيرة في حالات نادرة.

- ارتفاع محتمل في بعض أنزيمات الكبد.
- وجود نسبة مفرطة أو غير كافية من السكر في الدم.
- نقص في بعض عناصر الدم (الصفائح الدموية) التي تلعب دورا مهما في تخثر الدم.
- أخيرا، طبيبك أو الصيدلي بأية تأثيرات غير مرغوب فيها أو مضرة لم تذكر في هذه النشرة الدوائية.
- حفظ الدواء:
- يجب عدم استعمال الدواء بعد انصرام تاريخ الصلاحية الموجود على ظهر العلبة.
- شكل تقديم الدواء:
- طهور 10 مخ، علبة من 14 قرص مغلف.
- طهور 10 مخ، علبة من 28 قرص مغلف.
- طهور 10 مخ، علبة من 56 قرص مغلف.
- الالاحة 1 - الجدول A
- لا يطعم هذا الدواء إلا بوصفة طبية.
- مختبرات فايزر - شركة مغلفة
- 0,5 كلم، طريق الوليدية
- الجديدة - المغرب
- مازكة مسجلة

des difficultés  
médecin (Très  
Réactions c  
geur de la pe  
peau qui pèle  
me de Stevens Johnson) ou  
jusqu'à 1 personne sur 10000.  
• Battements cardiaques irréguliers mettant en jeu le pronostic vital (fréquence indéterminée).  
• Inflammation du pancréas pouvant entraîner d'importantes douleurs abdominales et dorsales accompagnées d'une sensation de grand malaise (Très rare) (peut toucher jusqu'à 1 personne sur 10000).  
• Maladie du cerveau causée par une maladie du foie (encéphalopathie hépatique) (fréquence indéterminée).  
• Inflammation du foie (hépatite) (fréquence indéterminée).  
Par ordre décroissant de fréquence, les autres effets indésirables peuvent inclure :  
Fréquent (peut toucher jusqu'à 1 personne sur 10)  
• Eruptions cutanées rouges en relief,  
• Réactions allergiques principalement cutanées, chez les sujets prédisposés aux réactions allergiques et asthmatiques.  
• Peu fréquent (peut toucher jusqu'à 1 personne sur 100)  
• Vomissements,  
• Petites taches rouges sur la peau (purpura)  
Rare (peut toucher jusqu'à 1 personne sur 1000):  
• sensation de fatigue, maux de tête, sensations de picotements et de fourmillements (paresthésies), vertiges;  
• troubles gastro-intestinaux (nausées, constipation), sécheresse de la bouche;  
Très rare (peut toucher jusqu'à 1 personne sur 10000):  
• modifications de la formule sanguine comme une thrombocytopénie (diminution du nombre de plaquettes à l'origine de bleus, de contusions ou saignements de

#### 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





مصلحة الاختصاصات الشفاء  
Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune 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](mailto: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 |  |

T: 1070,40 DMS.

QSP 3 mois

Dr. C. ABDELKRIRANE  
Cardiologue  
Clinique des spécialités Achifaa  
Angle rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier  
(face Hôpital 20 Août)  
Tél : 0 522 859 220 - G.S. : 14 69 59

PHARMACIE LA PRISE

38, rue Abou Moussa El Azh. Maarif ext. Casablanca  
Tél : 05 22 990 710 - 05 22 990 703 - 06 13 18 41 01  
@ parolabrise@gmail.com @ la prise paropharmacie  
ICF : 001608166000612 - INPE : 092057134

URGENCES 24/24