

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0036971

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3529

Société : 138268

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : dr. dr. ch. m. m. s. n. a. c.

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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22- 0036971

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

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

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

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

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W21-762228



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3529

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAFFAOUNI

Date de naissance : 30 Mars 1947

Adresse : 37 Avenue

Rabat

Tél. : 06 61 37 21 42

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mustapha EL MAOUI-FARIS
Professeur de Neurologie

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/12/2022

Nom et prénom du malade :

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 : Rabat

Le : 26 / 12 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Chaffaouni

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-762228

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 : 3529
Nom de l'adhérent(e) : Chaffaouni
Total des frais engagés : 3536,92
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
2015/12			350.000DA	INP : 1011071621 Dr. Mustapha EL ALAOUI Professeur de

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Sondra L. CHAN St. Annaknijl #53771	20/09/22	3246,90

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	

VIOLET ADHERENT

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with two rows of teeth. The upper row is labeled 'H' at the top and the lower row is labeled 'B' at the bottom. Each row contains eight teeth, numbered 1 through 8. The teeth are arranged in a curve, with numbers 1 and 2 at the anterior (front) end and 8 at the posterior (back) end. The teeth are represented by small circles with numbers inside, and the arches are shown as curved lines connecting these points.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Unité de Radiochirurgie
Gamma Knife I.Con
- Unité de Neuroradiologie
Interventionnelle
- Unité d'Hospitalisation
(Neurochirurgie, Neurologie
Ophthalmologie, ORL)
- Unité de Médecine physique
et de Réhabilitation
- Unité d'Imagerie
- IRM
- Scanner
- Angiographie
- Unité des Blocs Opératoires
- Unité de Réanimation et
Soins Intensifs
- Laboratoire de Biologie
- Laboratoire de
Neuropathologie
- Unité d'Explorations
Fonctionnelles
oto-neuro-ophthalmologiques
- Consultations
 - Neurochirurgie
 - Neurologie
 - Médecine Physique
 - Ophthalmologie
 - ORL
 - Anesthésie
 - Médecine Interne
 - Endocrinologie
 - Neuroradiologie
 - Neurophysiologie

Rabat,

28/09/2022

MR Chefchaouen
Rouissaoui Mohamed
506.00 + 3 1262

1) Dopépil 10 20109122
150.60 + 21 4 le soir apès repas

2) Serquel 25 1263
150.00 + 31 0 2 20109122
Cop au domo

3) Fluoset 25 1264
207.00 + 3 1 gelule le matin

4) Kardegec 7 1265
112.00 + 3 apès repas

5) Corebyl 10 1266
23.80 6) Fortax facile

7) Rute tx 03 mois 32146.90

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir brou al aquam roches
noires casablanca
SEROQUEL
25mg
Boite de 60
26816 DMP 21/NSF P.P.V: 150.60 DH
6 118001 021338

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir brou al aquam roches
noires casablanca
SEROQUEL
25mg
Boite de 60
26816 DMP 21/NSF P.P.V: 150.60 DH
6 118001 021338

المركز الوطني للتأهيل والعلوم العصبية - مستشفى الاختصاصات م ص ح ابن سينا ص - ب: 6444 الرباط - معاهد
الهاتف: (212 - 537) 77 59 15 / 19 - الفاكس: (212 - 537) 77 59 66

Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences - Hôpital des Spécialités O.N.O.C.H.U de Rabat - Salé B.P : 6444 RABAT - Instituts If : 40168050
Tél : (212 - 537) 77 59 66 - Fax : (212 - 537) 77 59 15 / 19 - Email : fn2nd@neurochirurgie.ma - Site Web: www.Neurochirurgie.ma

ICE: 001804108000059

LOT 221616 1
EXP 05 2025
P.P.V 180.00

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
LOT : 221616
P.H.-02/2024
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
LOT : 221616
P.H.-02/2024
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
LOT : 221616
P.H.-02/2024
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

maphar
Boulevard Akhmed n°6
Quartier Industriel Sidi Bernoussi Casablanca - Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V . 73,50 DH
6118001181193

LOT : U22907
Exp : 11/2024

maphar
Boulevard Akhmed n°6
Quartier Industriel Sidi Bernoussi Casablanca - Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V . 73,50 DH
6118001181193

LOT : W02184
Exp : 01/2025

maphar
Boulevard Akhmed n°6
Quartier Industriel Sidi Bernoussi Casablanca - Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V . 73,50 DH
6118001181193

LOT : U15934

LOT : W02183
Exp : 01/2025

maphar
Boulevard Akhmed n°6
Quartier Industriel Sidi Bernoussi Casablanca - Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V . 73,50 DH
6118001181193

maphar
Boulevard Akhmed n°6
Quartier Industriel Sidi Bernoussi Casablanca - Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V . 73,50 DH
6118001181193



FONDATION HASSAN II POUR LA PRÉVENTION ET LA
LUTTE CONTRE LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX
FONDATION D'UTILITÉ PUBLIQUE

FONDATION HASSAN II PLCMSN

Centre National de Réhabilitation & Neurosciences



Centre National de Réhabilitation et de Neurosciences
المركز الوطني للترويض و العلوم العصبية



FACTURE

Date : 20/09/2022

100007079

Numéro : 11 046

Nom patient : CHAFCHAOUNI MOUSSAOUI MOHAMMED

Médecin : PR. ADAOUI / CS
NEUROLOGUE

161018141018NO-006

PAYANT

	Montant
CONSULTATION NEUROLOGUE	350,00

Total	350,00
<i>Arrêtée la présente à la somme de :</i> TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	



Mr. EL FOUDALI ACHRAF
REGISSEUR SUPPLÉANT

المركز الوطني للترويض و العلوم العصبية - مستشفى الإختصاصات م ص ج ابن سينا - ب: 6444 الرباط - معاهد

الهاتف: (212 - 537) 77 59 66 / 19 (212 - 537) 77 59 15

Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences - Hôpital des Spécialités O.N.O. C.H.U de Rabat - Salé B.P : 6444 RABAT - Instituts If : 40168050

Tél : (212 - 537) 77 59 66 - Fax : (212 - 537) 77 59 15 / 19 - Email : fh2nch@neurochirurgie.ma - Site Web: www.Neurochirurgie.ma

ICE: 001804108000059

COVERSYL®

Péridopril Argotin
30 Comprimés pelliculés
10 mg



6 118000 100300

COVERSYL®

Péridopril Argotin
30 Comprimés pelliculés
10 mg



6 118000 100300

كوا
بيراندو

سة مع الطا
ملعف، حبات

يستخدم طبيبك
العمل والرضاة
إذا كنت حاملاً أو مرضاً، أو متقدرين بذلك حامل أو تخاططين للإنجاب، عليك باستشارة الطبيب
أو الصيدلاني قبل تناول هذا الدواء.

العمل
من المتوجب أن تعلمي طبيبك إن كنت تتعظين بذلك حامل (أو إن كنت تتوقعين الحمل).
فقد يطلب ذلك طبيبك التوقف عن أخذ كوفرسيل 10 ملغ حبات ملصقة قبل وقوف العمل أو
بعد طهوره. كما يصف لك داء آخر بدلاً عن كوفرسيل 10 ملغ حبات ملصقة.
لا تتبع بأيادك كوفرسيل 10 ملغ حبات ملصقة في بداية العمل، كما يحظر أخذ هذه قطعياً بعد الشهر
الثالث من الحمل، حيث أنه يمكن خطرا على الجنين.

الرضاة
أعلمك طبيبك إن كنت تتعظين أولي وشك الإرضاع.
لا يجوز انتظام كوفرسيل 10 ملغ حبات ملصقة لدى المرأة المرضع، فإن كنت مصورة على الإرضاع،
فيجب يختارك طبيبك علاجاً آخر، وخاصة إن كان مطللك حديث الولادة أو إن كانت ولادته
مبكرة.

قيادة السيارات واستعمال الآلات
إن كوفرسيل 10 ملغ حبات ملصقة لا يؤثر على البصرة، لكن دينه لدى بعض المرضى إحساس
بالدوار أو بالعصب نتيجة لتضيق الشفط الشرياني، لذا فقد تقل القدرة على قيادة السيارات أو
العمل على الآلات.

يعتني كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملصقة على سكر العليب (الاكتوز)
في حالة اضطرابك طبيبك بأن جسمك لا يتقبل بعض أنواع السكر، عليك براجعته قبل أخذ هذا الدواء.
يعتني كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملصقة على الصوديوم
وإذا ممكن اختياره خال من الصوديوم.

3. كيف يمكن تناول هذا الدواء بالطريقة التي وصفها لك طبيبك.
عليك دائم الالتزام بتناول هذا الدواء بالطريقة التي وصفها لك طبيبك. فإن لم تكن متأكداً، عليك
بالتواصل مع طبيبك.

تناول الحبة مع كأس من الماء، وستحسن أخذها يومياً في نفس الميعاد أي في الصباح قبل وجبة
الإفطار.
إن طبيبك هو الذي يقرر
بناءً على مقدار الداء
تناوله.

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

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاجها ل تستند إليها من جديد.
- إذا كانت لديك أسلة أخرى أسلال الطبيب أو الصيدلاني أو المريض (ة).
- لقد وصف هذا الدواء لك شخصياً. فلا يجوز إطلاقاً إعطاؤه لشخص آخر، حتى وإن كانت الأعراض مشابهة، فقد تلحق بهضر.
- إذا شعرت بأثار جانبية تكلم مع الطبيب أو الصيدلاني أو المريض (ة).
هذا ينطبق أيضاً على جميع الآثار الجانبية الغير المذكورة بها في هذه النشرة
(أنظر إلى مقطع 4: «ما هي الآثار الجانبية المحتملة؟»).

في هذه النشرة:

1. ما هو كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملصقة وفي أي حالة يستعمل؟
 2. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملصقة؟
 3. ما هي الآثار الجانبية الممحتملة؟
 4. كيف يحفظ كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملصقة؟
 5. كيف يتحقق كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملصقة؟
 6. محتوى العبوة ومعلومات إضافية؟
 7. ما هو كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملصقة وفي أي حالة يستعمل؟
- الثنة العالمية الصيدلانية: مثبتات صرية تمويل الأنجيورونتسين (IEC)، كود ATC: C09AA04.
- إن كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملصقة، هو بزيارة عن مثبت لفعمة تحويل (IEC)، وهو يعمل على توسيع الأوعية الدموية مسحلاً بهذا عمل القلب في ضخ الدم عبرها.
- يستخدم كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملصقة:
- في علاج ارتفاع الضغط الشرياني.
 - انتقاض غطت التعرض للمواد الكلبية، مثل الذبحة الكلبية، لدى المصابين بمرض الشريان التاجي.
 - انتقاض غطت التعرض لدى المصابين بشلل عصبي من قبل بركة قلبية، وألوان
 - انتقاض عن طريق توسيع الشريان التي تم القلب بالدم.
 - كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملصقة؟

• إن الآثار الأخرى التي يحتوي على:

DOPEZIL® RANBAXY 10 mg

Boîte de 28

comprimés Pelliculés

Voie orale



6 118 001 300 136

DOPEZIL® RANBAXY 10 mg

Boîte de 28

comprimés Pelliculés

Voie orale



6 118 001 300 136

- Si vous avez d'autres questions, n'hésitez pas à demander plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
 - 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.

Que contient cette notice ?

- Qu'est-ce que DOPEZIL® RANBAXY 5 mg et 10 mg et dans quel cas est-il utilisé ?
- Quelles sont les informations à connaître avant de prendre DOPEZIL® RANBAXY 5 mg et 10 mg ?
- Comment prendre DOPEZIL® RANBAXY 5 mg et 10 mg ?
- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- Comment conserver DOPEZIL® RANBAXY® 5 mg et 10 mg ?
- Informations supplémentaires

1. QU'EST-CE QUE DOPEZIL® RANBAXY 5 mg et 10 mg ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**Classe pharmacothérapeutique :**

DOPEZIL® RANBAXY (donpézipil) appartient à une classe de médicaments appelés « inhibiteurs de l'acétylcholinestérase ». Le donpézipil augmente les concentrations dans le cerveau d'une substance (acétylcholine) qui participe dans le processus de la mémoire en diminuant la destruction de l'acétylcholine.

Code ATC : N06DA02

Indications thérapeutiques

Ce médicament est utilisé pour le traitement symptomatique des formes légères à modérément sévères de la maladie d'Alzheimer. Les symptômes de la maladie d'Alzheimer incluent une perte progressive de la mémoire, une confusion et des modifications du comportement. Il devient de ce fait de plus en plus difficile de réaliser les activités de la vie quotidienne.

DOPEZIL® RANBAXY est utilisé uniquement chez l'adulte.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER DOPEZIL® RANBAXY 5 mg et 10 mg ?**N'utilisez jamais ce médicament :**

- Si vous êtes allergique (hypersensible) au donpézipil ou aux éléments de la composition ou à l'un des autres composants listés

DOPEZIL® RANBAXY 10 mg

Boîte de 28

comprimés Pelliculés

Voie orale



6 118 001 300 136

is l'avis de

la durée du

régulière

Ne pas interrompre le traitement sans consulter votre médecin. Si vous arrêtez de prendre DOPEZIL® RANBAXY, le bénéfice de votre traitement diminuera progressivement.

Symptômes et instructions en cas de surdosage

S'il vous avez pris plus de DOPEZIL® RANBAXY 5 mg et 10 mg, comprimé pelliculé que vous n'auriez dû :

NE PAS prendre plus d'un comprimé par jour. Téléphonez immédiatement à votre médecin en cas de dépassement de la dose prescrite. En cas d'impossibilité à joindre un médecin, se rendre aussitôt au service des urgences de l'hôpital le plus proche. Prenez toujours les comprimés et la boîte avec vous à l'hôpital afin que le médecin sache ce que vous avez pris. Les symptômes suivants peuvent apparaître en cas de prise d'une quantité excessive : nausées, vomissements, salivation, transpiration, ralentissement du rythme cardiaque, diminution de la tension artérielle (sensation de tête vide, vertiges lors du passage en position debout) troubles respiratoires, perte de connaissance ou convulsions.

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

En cas d'oubli de prise d'un comprimé, prendre un seul comprimé le lendemain à l'heure habituelle. Ne prenez pas de double dose pour compenser celle que vous avez oublié de prendre. En cas d'oubli de prise pendant plus de 1 semaine, consultez votre médecin avant toute reprise du traitement.

4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?**Description des effets indésirables**

Comme tous les médicaments, DOPEZIL® RANBAXY, comprimé pelliculé est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Les effets indésirables suivants ont été rapportés par les personnes prenant donpézipil.

Prévenez votre médecin si vous avez un de ces effets indésirables pendant que vous prenez DOPEZIL® RANBAXY.

Effets indésirables graves

Si vous ressentez les symptômes suivants après avoir pris ce médicament, veuillez en informer votre médecin. Vous pourrez avoir besoin d'un traitement médical d'urgence.

- Atteinte du foie par exemple hépatite. Les symptômes de l'hépatite sont : nausées, vomissements, perte de l'appétit, mauvais état général, fièvre, démangeaison, coloration jaune de la peau et des muqueuses.