

# 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0036971

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3829 Société : A38268

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : chef de famille

Nom & Prénom : chahma

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

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

- 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



## 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

- 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° W21-762228

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3529

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAFCHAOUNI Mounaoum Kholoud

Date de naissance : 30 Mars 1947

Adresse : 37 Avenue Adolphe Haye Road

Rabat

Tél. : 0661372142

Total des frais engagés : 3536,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mustapha EL KAOULI-FARIS  
Professeur de Neurologie

Date de consultation : 29/12/22

Nom et prénom du malade : Chafchaoui Mounaoum

Age : 75

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie Cerebrovasculaire

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 : 20 / 9 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Chafchaoui

### VOLET ADHERENT

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) : Chafchaoui Mounaoum Kholoud

Total des frais engagés : 3536,90

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
20/09/20			350.000	INP : 1011010201 Dr. Mustapha EL AJAJOUK-ANI Professeur de

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Sonod El-Said Av. Annektil TEL: 0537 71 71 28	20/09/20	324690

### 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
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

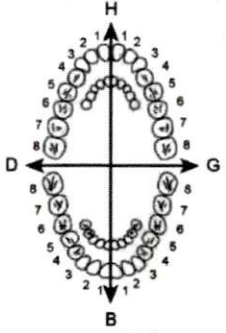
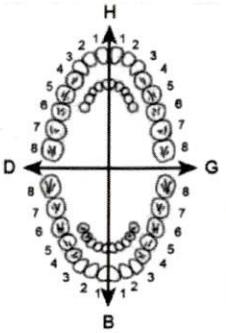
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



FONDATION HASSAN II POUR LA PRÉVENTION ET LA  
LUTTE CONTRE LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX  
FONDATION OULITE PUBLIQUE



Centre National de Réhabilitation et de Neurosciences  
المركز الوطني للترويض والعلاجات العصبية



المركز الإستشفائي ابن سينا  
Centre Hospitalier Ibn Sina

Rabat, 20/9/2022

- Unité de Radiochirurgie  
Gamma Knife I.Con
- Unité de Neuroradiologie  
Interventionnelle
- Unité d'Hospitalisation  
(Neurochirurgie, Neurologie  
Ophtalmologie, 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-ophtalmologiques
- Consultations  
- Neurochirurgie  
- Neurologie  
- Médecine Physique  
- Ophtalmologie  
- ORL  
- Anesthésie  
- Médecine Interne  
- Endocrinologie  
- Neuroradiologie  
- Neurophysiologie

MR Chefchaoui

506. ص 3 1262

1) Dopezil 10 20/09/22

150.60 x 21 up le soir après repas

2) Seroquel 25 1263 20/09/22

180. ص 31 à 2 Cop au soir

3) Amoxet 20 1264 20/09/22

30 x 3 1 gélule le matin

4) Kardégic 75

12.7 x 3 après repas

5) Corebryl 10 1265 20/09/22

6) Forlat 1266 20/09/22

7) Rite x 03 mois

SYNTHEMEDIC  
22 rue soubeir bnoou al ouam roches  
noires casablanca  
SEROQUEL  
25mg  
Boîte de 60  
26818 DMP 21 NSF P.P.V: 150.60 DH  
6 118001 021338

SYNTHEMEDIC  
22 rue soubeir bnoou al ouam roches  
noires casablanca  
SEROQUEL  
25mg  
Boîte de 60  
26818 DMP 21 NSF P.P.V: 150.60 DH  
6 118001 021338

المركز الوطني للترويض والعلاجات العصبية - مستشفى الاختصاصات م ص ح ابن سينا ص - ب: 6444 الرباط - معاهد

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

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



LOT 221616 1  
EXP 05 2025  
PPV 180.00

LOT : 22E004  
PER : 02 2024  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

LOT : 22E004  
PER : 02 2024  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

LOT : 22E004  
PER : 02 2024  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

maphar  
Boulevard Akmia n°6  
Quartier Industrie Sidi Bernoussi Casablanca - Maroc  
FORLAX 10G SAC B20  
P.P.V : 73.50 DH  
6118001181193

LOT : U22907  
Exp : 11/2024

maphar  
Boulevard Akmia n°6  
Quartier Industrie Sidi Bernoussi Casablanca - Maroc  
FORLAX 10G SAC B20  
P.P.V : 73.50 DH  
6118001181193

LOT : W02184  
Exp : 01/2025

maphar  
Boulevard Akmia n°6  
Quartier Industrie Sidi Bernoussi Casablanca - Maroc  
FORLAX 10G SAC B20  
P.P.V : 73.50 DH  
6118001181193

LOT : W02184  
Exp : 01/2025

maphar  
Boulevard Akmia n°6  
Quartier Industrie Sidi Bernoussi Casablanca - Maroc  
FORLAX 10G SAC B20  
P.P.V : 73.50 DH  
6118001181193

LOT : W02183  
Exp : 01/2025

maphar  
Boulevard Akmia n°6  
Quartier Industrie Sidi Bernoussi Casablanca - Maroc  
FORLAX 10G SAC B20  
P.P.V : 73.50 DH  
6118001181193

LOT : U15934

FACTURE

Date : 20/09/2022

100007079

Numéro : 11 046

Nom patient : CHAFCHAOUNI MOUSSAOUI MOHAMMED

Médecin : PR. ALAOUI / CS  
NEUROLOGUE

161018141018NO-006

PAYANT

Montant	
350,00	CONSULTATION NEUROLOGUE

Total 350,00

Arrêtée la présente à la somme de :  
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS



Mr. EL FOUDALI ACHRAF  
REGISSEUR SUPPLEANT

**COVERSYL®**Perindopril  
30 Comprimés pelliculeux**10 mg**

6 118000 100300

سنة مع العا  
ملغ. حبات**COVERSYL®**Perindopril  
30 Comprimés pelliculeux**10 mg**

6 118000 100300

كو  
بيراندو

الحمل والرضاعة  
إذا كنت حاملاً أو مرضعاً، أو تعتقدين أنك حامل أو تخططين للإنجاب، عليك باستشارة الطبيب أو الصيدلاني قبل تعاطي هذا الدواء.

الحمل  
من المتوجب أن تعلمي طبيبك إن كنت تظنين أنك حامل (أو إن كنت تتوقعين الحمل). فقد يطلب منك طبيبك التوقف عن أخذ كوفرسيل 10 ملغ حبات ملبسة قبل وقوع الحمل أو بمجرد ظهوره. كما سيصف لك دواءً آخر بدلاً عن كوفرسيل 10 ملغ حبات ملبسة. لا ينصح بأخذ كوفرسيل 10 ملغ حبات ملبسة في بداية الحمل، كما يحظر أخذه قطعياً بعد الشهر الثالث من الحمل، حيث أنه يشكل خطراً على الجنين.

الرضاعة  
أعلمي طبيبك إن كنت ترضعين أو على وشك الإرضاع. لا يجوز استعمال كوفرسيل 10 ملغ حبات ملبسة لدى المرأة المرضع. فإن كنت مصرة على الإرضاع، فيسوف يختار لك طبيبك علاجاً آخر، وخاصة إن كان طفلك حديث الولادة أو إن كانت ولادته مبكرة.

قيادة السيارات واستعمال الآليات  
إن كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة لا يؤثر على اليقظة، لكن قد يظهر لدى بعض المرضى إحساس بالدوار أو بالتعب نتيجة انخفاض الضغط الشرياني. لذا فقد تقل القدرة على قيادة السيارات أو العمل على الآلات.

يحتوي كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة على سكر الحليب (لاكتوز)  
في حالة أعلمتك طبيبك بأن جسمك لا يتقبل بعض أنواع السكر، عليك بمراجعتك قبل أخذ هذا الدواء. يحتوي كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة على الصوديوم  
يحتوي كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة على أقل من 1 ممول (23 ملغ) من الصوديوم في كل حبة، ولذا يمكن اعتباره «خال من الصوديوم».

3. كيف يؤخذ كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة؟  
عليك دائماً الالتزام بتناول هذا الدواء بالطريقة التي وصفها لك طبيبك، فإن لم تكن متأكداً، عليك باستشارة طبيبك.

تتبلع الحبة مع كأس من الماء، ويُستحسن أخذها يومياً في نفس الموعداء أي في الصباح قبل وجبة الإفطار.

إن طبيبك هو الذي يقرر  
يتراوح مقدار الجرعة  
إنتفاع الد

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

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاجها لتستند إليها من جديد.
- إذا كانت لديك أسئلة أخرى أسأل الطبيب أو الصيدلاني أو الممرض(ة).
- لقد وُصف هذا الدواء لك شخصياً. فلا يجوز إطلاقاً إعطاؤه لشخص آخر، حتى وإن كانت الأعراض متشابهة، فقد تلحق به الضرر.
- إذا شعرتُم بأي آثار جانبية تكلم مع الطبيب أو الصيدلاني أو الممرض(ة). هذا ينطبق أيضاً على جميع الآثار الجانبية الغير المدلى بها في هذه النشرة (أنظر إلى مقطع 4 : «ماهي الآثار الجانبية المحتملة؟»).

في هذه النشرة:

1. ما هو كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة وفي أية حالة يُستعمل؟
  2. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة؟
  3. كيف يؤخذ كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة؟
  4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة؟
  5. كيف يحفظ كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة؟
  6. محتوى العبوة ومعلومات إضافية.
1. ما هو كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة وفي أية حالة يُستعمل؟  
الغثة العلاجية الـصيدلانية: مثبطات خميرة تحويل الأنجيوتنسين (IEC)، كود ATC: C09AA04.  
إن كوفرسيل 10 ملغ حبات ملبسة، هو عبارة عن مثبط لخميرة تحويل (IEC)، وهو يعمل على توسيع الأوعية الدموية مسهلًا بهذا عمل القلب في ضخ الدم عبرها.  
يُستعمل كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة:  
• في علاج ارتفاع الضغط الشرياني.  
• لتفليس خطر التعرض لحدوث القلب، مثل الذبحة القلبية، لدى المصابين بمرض الشريان التاجي.  
• في علاج الفشل القلبي (مُتبلل أو محصور) ولدى من أصيبوا من قبل بسكتة قلبية، وألو القلب عن طريق طريق توسيع الشرايين التي تُمَد القلب بالدم.  
كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة؟

الآخرى التي تحتوي على



**DOPEZIL® RANBAXY 10 mg**  
Boîte de 28  
comprimés Pelliculés  
Voie orale



**DOPEZIL® RANBAXY 10 mg**  
Boîte de 28  
comprimés Pelliculés  
Voie orale



**DOPEZIL® RANBAXY 10 mg**  
Boîte de 28  
comprimés Pelliculés  
Voie orale



avis de

durée du  
régulière

- 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 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 ?

1. Qu'est-ce que DOPEZIL® RANBAXY 5 mg et 10 mg et dans quel cas est-il utilisé ?
  2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre DOPEZIL® RANBAXY 5 mg et 10 mg ?
  3. Comment prendre DOPEZIL® RANBAXY 5 mg et 10 mg ?
  4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
  5. Comment conserver DOPEZIL® RANBAXY 5 mg et 10 mg ?
  6. 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 (donépézil) appartient à une classe de médicaments appelés « inhibiteurs de l'acétylcholinestérase ». Le donépézil 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 À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER DOPEZIL® RANBAXY 5 mg et 10 mg ?

##### N'utilisez jamais ce médicament :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) au donépézil ou aux excipients énumérés ci-dessous ou à l'un des autres composants listés

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

**Si 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 oubliée 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 donépézil. 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 pourriez 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, maux de tête général, fièvre, démangeaison, coloration jaune de la peau et des yeux.