

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

ditions 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.

ologie 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.

que :

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

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7414 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Benkhalid Fathia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06624666425 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) : Benkhalid Fathia

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous li confidential au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
ces répétés en plusieurs séances ou actes
baux comportant un ou plusieurs échelons
ns le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 723796

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BENKIRANE Saloua
Matricule : 7414 Fonction : Reformée Poste :
Adresse :
Tél. : 0662466425 Signature Adhérent : 

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Benkirane SALOUD Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
Date de la première visite du médecin : 
Nature de la maladie : 
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :
A le Durée d'utilisation 3 mois
Signature et cachet du médecin : 

VOLET ADHERENT

DECLARATION

723796



Matricule N° : 7414
Nom du patient : Benkirane Saloua
Date de dépôt :
Montant engagé :
Nombre de pièces jointes : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Nom et Signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Chet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
		38	cap	D 10	CŒFFICIENT DES TRAVAUX Dro											
					MONTANT DES SOINS 400.											
					DEBUT D'EXECUTION 											
					FIN D'EXECUTION 4/9/19											
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	H	21433552	00000000	D	00000000	00000000	G	00000000	35533411	B	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	H	21433552														
00000000	D	00000000														
00000000	G	00000000														
35533411	B	11433553														
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANT DES SOINS 												
				DATE DU DEVIS 												
				DATE DE L'EXECUTION 												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET D'INPRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET ACCORD PRATICANT ATTESTANT L'EXECUTION
Centre Dentaire C/L Casablanca
de l'Atlas C/L Casablanca
tél: 0522 94 65 74 - Fax: 0522 94 59 82

Dr. Ahmed ALAOUI BOUHAMID
Centre Dentaire CIL 42, Rue
de l'Atlas CIL Casablanca
Tél: 0522 94 65 74 - Fax: 0522 94 59 81

Création 06/09/2019 BENKIRAN Salwa Impression 06/09/2019
06/09/2019 - 38 - Lin.

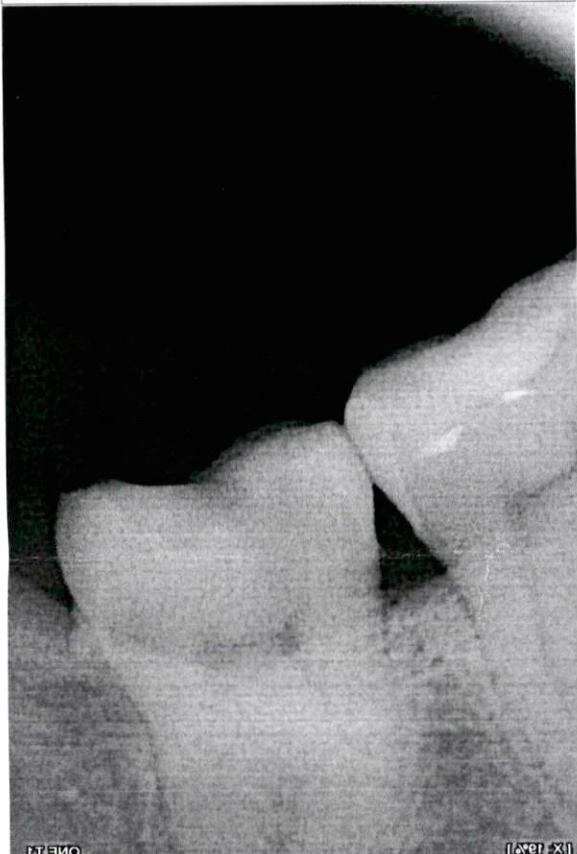


Dr. Ahmed ALAOUI BOUHAMID
Centre Dentaire CIL 42, Rue
de l'Atlas CIL Casablanca
Tél: 0522 94 65 74 -Fax: 0522 94 59 81

Création 04/09/2019 BENKIRAN Salwa Impression 06/09/2019

04/09/2019 - 38 -

Lin.



ONE.TI

[[2x 15x]]

Dr. Ahmed Alaoui Bouhamid

Docteur en chirurgie Dentaire

Spécialiste en Parodontologie
Implantologie - Prothèse fixée
et Occlusodontie

Diplômé de l'Université de LYON



الدكتور أحمد العلوي بوجميد

طبيب جراحي للأسنان

إخلاصي في أمراض اللثة
الغرس وتغليف الأسنان

خريج كلية ليون

Casablanca le 04/09/2019
الدار البيضاء في :

IF: 40909045

ICE: 001784424000064

Mme Benkiran SALOUA

Soin de Composite sur 38

400,

montant total 400 Dh

Dr. Ahmed ALAOUI BOUHAMID
Centre Dentaire CIL 42, Rue
de l'Atlas CIL Casablanca
Tél: 0522 94 65 74 Fax: 0522 94 59 81

Clinique Dentaire CIL

42, rue de l'Atlas - CIL - Casablanca
Site web : www.clinicdentairecil.com

Tél. : 05 22 94 65 74
Fax.: 05 22 94 59 81

Dr. Ahmed Alaoui Bouhamid

Docteur en chirurgie Dentaire

Spécialiste en Parodontologie
Implantologie - Prothèse fixée
et Occlusodontie

Diplômé de l'Université de LYON



الدكتور أحمد العلوي بوجميد

طبيب جراحي للأسنان

اختصاصي في أمراض اللثة
الغرس وتغليف الأسنان

خريج كلية ليون

Casablanca le : 06/09/2013 الدار البيضاء

PHARMACIE LE GALIEN
17, RUE DE L'ATLAS, CASABLANCA
Tél: 05 22 94 65 74 - Fax: 05 22 94 59 81
Belkiran Smaïa

102,00

1/ Biropod 64L

55,45 1LP 3 fts 85

2/ Srgew 200

1LP 3 fts 100 3,64

3/ Belmarol

96,55 1LP 1 le 801

253,40

Clinique Dentaire CIL

④ 42, rue de l'Atlas - CIL - Casablanca

④ Site web : www.clinicdentairecil.com

④ Tél. : 05 22 94 65 74

④ Fax.: 05 22 94 59 81

Dr. Ahmed ALAOUI BOUHAMID
Centre Dentaire CIL 42, Rue
de l'Atlas CIL Casablanca
Tél: 0522 94 65 74 Fax: 0522 94 59 81

Surgam® 200 mg

Acide tiaprofénique

comprimé sécable.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) Dénomination :

SURGAM 200 mg, comprimé sécable.

b) Composition :

Acide tiaprofénique..... 200 mg.
Excipients : amidon de maïs, pluronics F68, stéarate de magnésium, talc.

c) Forme pharmaceutique :

Comprimé sécable, boîte de 20.

d) Classe pharmaco-thérapeutique :

ANTI-INFLAMMATOIRE, ANTIRHUMATISME, NON STÉROIDIEN.

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

(INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

Ce médicament est indiqué, chez l'adulte et l'enfant à partir de 20 kg (soit environ à partir de 6 ans) :

- en traitement de longue durée dans :
 - certains rhumatismes inflammatoires chroniques,
 - certaines arthroses sévères ;
- en traitement de courte durée dans :
 - les douleurs aiguës d'arthrose,
 - les douleurs lombaires aiguës,
 - les douleurs et cédèmes liés à un traumatisme ;
- lors de règles douloureuses ;
- en traitement de certaines douleurs inflammatoires (gorge, oreille, bouche, nez).

3. ATTENTION !

a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament :

(Contre-indications)

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- au delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée),
- antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de ce médicament ou d'un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- antécédents d'allergie à l'un des constituants du comprimé,
- ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution,
- maladie grave du foie,
- maladie grave des reins,
- maladie grave du cœur,
- enfants de moins de 20 kg, soit environ 6 ans (en raison du dosage inadapté).

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

b) Mises en garde spéciales :

CE MEDICAMENT NE DOIT ETRE PRIS QUE SOUS SURVEILLANCE MEDICALE.

PREV
- en
une
L'ad
not...
anti-inflammatoire

8441
LOT : 8441
PER : 08/2021

SURGAM 200MG
CP SEC B20

P.P.V : 55DH40

6 118000 060857



ANOFI

site chronique,
dans le nez,
crise d'asthme,
aspirine ou à un
llications) ;

- en cas de traitement anticoagulant concomitant. Ce médicament peut entraîner des manifestations gastro-intestinales graves ;
- en cas d'infection. La surveillance médicale doit être renforcée ;
- en cas de varicelle. Ce médicament est déconseillé en raison d'exceptionnelles infections graves de la peau.

INTERROMPRE IMMEDIATEMENT LE TRAITEMENT en cas de :

- hémorragie gastro-intestinale,
- lésions sévères de la peau à l'aspect de cloques et de brûlures sur tout le corps (cf. Effets non souhaités et gênants).
- signes évocateurs d'allergie à ce médicament, notamment crise d'asthme ou brusque gonflement du visage et du cou (cf. Effets non souhaités et gênants).

CONTACTEZ IMMEDIATEMENT UN MEDECIN OU UN SERVICE MEDICAL D'URGENCE.

c) Précautions d'emploi :

Ce médicament existe sous forme d'autres dosages qui peuvent être plus adaptés.

En raison de la nécessité d'adapter le traitement, il est important de PREVENIR VOTRE MEDECIN en cas :

- d'antécédents digestifs (ulcère de l'estomac ou du duodénum ancien), hémorragie digestive,
- de maladie du cœur, du foie ou du rein,
- d'asthme : la survenue de crise d'asthme chez certains sujets peut être liée à une allergie à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdiens (cf. Contre-indications).

EN CAS DE DOUCE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

d) Interactions médicamenteuses et autres interactions :
AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, notamment avec les anticoagulants oraux, les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (y compris l'aspirine et ses dérivés), l'héparine, le lithium, le méthotrexate (à doses supérieures à 15 mg par semaine). IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

e) Grossesse-Allaitement :

Au cours du 1er trimestre de grossesse (12 semaines d'aménorrhée soit 12 semaines après le 1er jour de vos dernières règles), votre médecin peut être amené, si nécessaire, à vous prescrire ce médicament.

De 2,5 à 5 mois de grossesse révolus (12 à 24 semaines d'aménorrhée), ce médicament ne sera utilisé que sur les

BELMAZOL® 20 mg

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

BELMAZOL® 20 mg

b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Par gélule :
Oméprazole 20 mg

Excipients : q.s.

Composition de la gélule : sunset jaune (E110), dioxyde de titane (E171), indigo carmin

c) FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS

Boîtes de 7, 14 et de 28 gélules.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Inhibiteur de la pompe à protons (code ATC : A02BC01).

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Adulte :

- Traitement des ulcères duodénaux.
- Prévention des récidives d'ulcères duodénaux.
- Traitement des ulcères gastriques.
- Prévention des récidives d'ulcères gastriques.
- En association à des antibiotiques appropriés, éradication de *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) dans la ulcère gastroduodénale.
- Traitement des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
- Prévention des ulcères gastriques et duodénaux associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque.
- Traitement de l'œsophagite par reflux.
- Traitement d'entretien des patients après cicatrisation d'une œsophagite par reflux.
- Traitement du reflux gastro-œsophagien symptomatique.
- Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison.

Utilisation pédiatrique :

Enfant à partir de 1 an et ≥ 10 kg :

- Traitement de l'œsophagite par reflux.
- Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien.

Enfant de plus de 4 ans et adolescent :

- En association à des antibiotiques, traitement de l'ulcère duodénal consécutif à une infection par *Helicobacter pylori*.

3. ATTENTION !

a) DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- Hypersensibilité à l'oméprazole, aux dérivés benzimidazolés ou à l'un des excipients.
- L'oméprazole ne doit pas être administré de façon concomitante avec le neflénavir.

b) MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

UTILISER CE MEDICAMENT AVEC PRECAUTION :

- Certains enfants atteints d'affections chroniques peuvent nécessiter un traitement à long terme bien que cela ne soit pas recommandé.
- Un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons pourrait légèrement augmenter le risque d'infections gastro-intestinales, comme une infection par *salmonella* et par *campylobacter*.

4. COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

a) POSOLOGIE USUELLE

• Adulte :

Traitement des ulcères duodénaux : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour pendant 2 à 4 semaines.

Prévention des récidives des ulcères duodénaux : 1 à 2 gélules de BELMAZOL® 20 mg par jour.

96,00

• Enfant :

Enfant de plus de 1 an et 10 - 20 kg :

Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien : la posologie recommandée est de 10 à 20 mg 1 fois par jour pendant 2 à 4 semaines. (Œsophagite par reflux : la posologie recommandée est de 10 à 20 mg 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

Enfant de plus de 2 ans et > 20 kg :

Traitement symptomatique du pyrosis et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-œsophagien : la posologie recommandée est de 20 à 40 mg 1 fois par jour pendant 2 à 4 semaines. (Œsophagite par reflux : la posologie recommandée est de 20 à 40 mg 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines.

Adolescent et enfant de plus de 4 ans :

Traitement de l'ulcère duodénal associé à une infection par *H. pylori* :

Poids (15-30 kg) : oméprazole 10 mg + amoxicilline 25 mg/kg de poids corporel + clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel sont administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids (31-40 kg) : oméprazole 20 mg + amoxicilline 750 mg + clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

Poids (> 40 kg) : oméprazole 40 mg + amoxicilline 1 g + clarithromycine 500 mg administrés simultanément 2 fois par jour pendant une semaine.

• Population particulière :

Insuffisants rénaux : aucun ajustement posologique n'est nécessaire.

Insuffisants hépatiques : une dose journalière de 10 mg-20 mg peut suffire.

Sujets âgés (> 65 ans) : aucune adaptation posologique n'est nécessaire.

DANS TOUS LES CAS VOUS DEVREZ VOUS CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

b) VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

Il est recommandé de prendre les gélules de BELMAZOL® 20 mg le matin, de préférence à jeun, et de les prendre en continu avec un déjeuner léger. Les médicaments doivent être pris en indépendance des repas.

بيراوا - حدا

سيديرا - أميس

ميتو - نيدا

قرص مغا

برجى - الا

احتظف

إذا كان

لقد تم

1. تعريف

الاسم :

بيرودوجيل، أوروس

ب المكونات :

سيبراميسين

ميتو - نيدا

الدواء

الشكل الصيدلاني والتقديم :

أقراص مغلفة، علة 15.

ث الصنف الصيدلاني العلاجي :

هذا الدواء تركيبة من مضادات حيوية ومضادات الجراثيم من فئة ماكرويليد

ومن فئة إيميدازول.

BIRODO GYL

CP PEL B15

P.P.V : 102DH00

6 118000 060567

LOT : 000A082
PER : 02/2022

دواء إنها تضم معلومات هامة عن علاجك.

المعلومات من الطبيب أو الصيدلي.

من آخر، حتى في حال وجود ععراض مشابهة، لأنك قد تسببضرر له.

ومصحوب بحمى إلى تفاعل خطير يدعى داء البثور المفجح الحاد والعام

(راجع التأثيرات غير المرغوب فيها والمزعجة): أخبر الطبيب فورا لأن ذلك

يتداعي توقف العلاج.

وفي حالة الإصابة ببرد العقل هذه، يمنع أي إعطاء يضافي للسيهورلينين

لوحدة أو مع مادة فعالة أخرى في الدواء نفسه.

لوحدة 250 ملغ، في حالة ظهور دوار، صعوبات تنسيق الحركات، الارتياب، يجب توقف

الدواء.

بعض خطر تفاقم الحالة العصبية لدى المرضى المعانين من إصابات

عصبية حادة.

يجب تفادى تناول الكحول أو الأدوية المحتوية على الكحول خلال العلاج

بسبب خطر حدوث توعك.

بسبب توقف الدواء على سوربيتول، لا يجب استعماله في حالة عدم تحمل

فروكتوز (مرض أيضي وراثي).

ث احتياطات الاستعمال:

من المهم إخبار الطبيب في حالة نقص في غلوكوز⁶، فوسفات، نازعة

الهيدروجين (مرض وراثي نادر مسؤول عن نقص أنزيم الكريات الحمراء

ما يسبب فقر الدم).

أخبر الطبيب في حالة:

• اضطرابات نومية.

• ظهور اضطرابات عصبية (دوار، صعوبات في تنسيق الحركات، اختلالات،

شعور بالدوار أو التقليل).

قد يعطي هذا الدواء نتائج إيجابية بشكل خاطئ للتحاليل المخبرية (اختبار

تلسن).

في حالة الشك، لا تتردد في استشارة الطبيب أو الصيدلي.

ث تفاعلات بين الأدوية وتفاعلات أخرى:

من أجل تفادي تفاعلات محتملة بين عدة أدوية، وخاصة مع ديسولفيرا

مام، ما ينصح بعدم استعمال هذا الدواء في استعمال مشترك مع

الأدوية المحتوية على الكحول، يجب إبلاغ الطبيب أو الصيدلي مباشرة

عن علاج آخر موازي.

ج. الرضاعة:

يمكن استعمال هذا الدواء خلال الحمل عند الحاجة، في أي وقت من الحمل.

ينتقل سيبراميسين وميتو - نيدا إلى حليب الأم، وبالتالي يجب تفادى

تناول هذا الدواء في حالة الرضاعة.

في حالة الشك، من المضروبي استشارة الطبيب أو الصيدلي.

ب تحذيرات خاصة:

في بداية العلاج، يشير ظهور أحمرار منتشر في الجسم بأكمله مع بثور