

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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

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.

N° P19- 065822

ND: 36142

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : LA780

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHOUZARI

FATNA

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 :

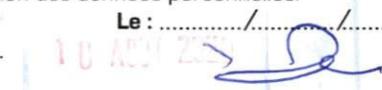
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) : 

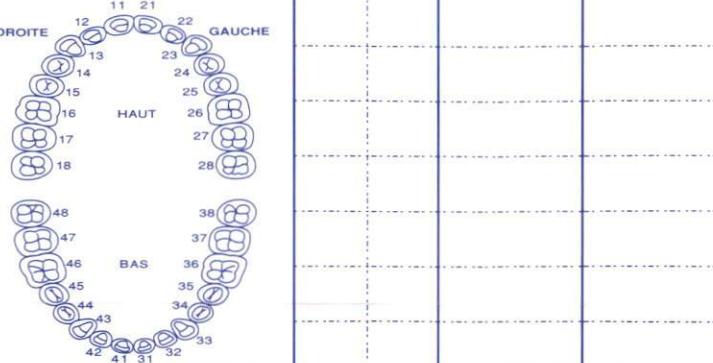
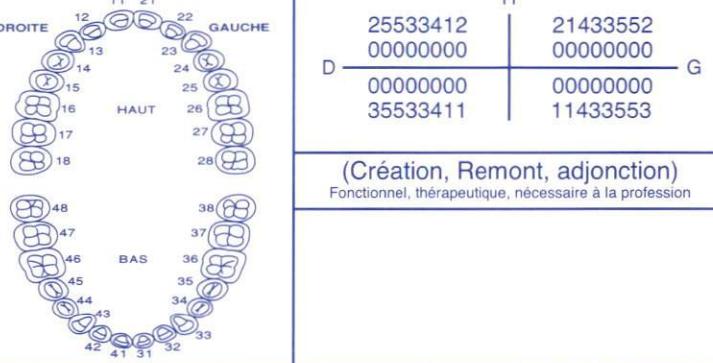
10 NOV 2012
ACCUEIL

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

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																																																																																																				
					Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'execution <input type="text"/> Fin d'execution <input type="text"/>																																																																																																			
O.D.F. Prothèses dentaires		Determination du coefficient masticatoire																																																																																																						
		<table border="1" style="width: 100px; text-align: center;"> <tr> <td>DROITE</td> <td>12</td> <td>21</td> <td>GAUCHE</td> </tr> <tr> <td></td> <td>13</td> <td>22</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>14</td> <td>23</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>15</td> <td>24</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>16</td> <td>25</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>17</td> <td>26</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>18</td> <td>27</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>19</td> <td>28</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>20</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>21</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>22</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>23</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>24</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>25</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>26</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>27</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>28</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>29</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>30</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>31</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>32</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DROITE	12	21	GAUCHE		13	22			14	23			15	24			16	25			17	26			18	27			19	28			20				21				22				23				24				25				26				27				28				29				30				31				32			<table border="1" style="width: 100px; text-align: center;"> <tr> <td>D</td> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>	D	25533412	H	21433552		00000000		00000000		00000000		00000000		35533411		11433553	Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'execution <input type="text"/>
DROITE	12	21	GAUCHE																																																																																																					
	13	22																																																																																																						
	14	23																																																																																																						
	15	24																																																																																																						
	16	25																																																																																																						
	17	26																																																																																																						
	18	27																																																																																																						
	19	28																																																																																																						
	20																																																																																																							
	21																																																																																																							
	22																																																																																																							
	23																																																																																																							
	24																																																																																																							
	25																																																																																																							
	26																																																																																																							
	27																																																																																																							
	28																																																																																																							
	29																																																																																																							
	30																																																																																																							
	31																																																																																																							
	32																																																																																																							
D	25533412	H	21433552																																																																																																					
	00000000		00000000																																																																																																					
	00000000		00000000																																																																																																					
	35533411		11433553																																																																																																					
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'execution																																																																																																						
VOLET ADHERENT NOM :		Mle																																																																																																						
DECLARATION N° P 17 / 0062365		MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc																																																																																																						
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes																																																																																																						
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																																																																																																								

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle *Rif 80*

Nom & Prénom		Signature de l'adhérent	
Fonction		Phones	
Mail			

MEDECIN Prénom du patient *Fatma Ichouzari*

Adhérent Conjoint Enfant Age

Nature de la maladie *Anteles Abdominal (sur terrain poly pathologique)*

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
09 Juin 2020	<i>C</i>	<i>200,00</i>

PHARMACIE Date *03/06/2020*

Montant de la facture *213,60*

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date *10/06/20*

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
<i>B550</i>	<i>605,00 DH</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX Date

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

CACHET

Dr. Mohamed BENCHEKROUN

OMNIPRATICIEN

Diplôme d'échographie
Générale (D.U) de Montpellier

Diplôme de Diabétologie
(D.U) de Montpellier

Membre de la société Francophone
de Diabétologie S.F.D

Diplôme Universitaire
de dietétique Médicale et Nutrition

Electrocardiogramme

Casablanca, le :

09 Juin 2020

الدكتور محمد بنشررون

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى
جامعة مونبولي

دبلوم مرض السكري
جامعة مونبولي

عضو الجمعية الفرانكوفونية
لمرض السكري

دبلوم جامعي في الحمية
وطب التغذية

التخطيط الكهربائي للقلب

الدار البيضاء، في :

Mme Fatna KHOUDARI

1.1 -Sepcen 250 mg 5.1 1.....0.....1 cp

2.1 -Megasfon 160 mg : 1.....0.....1 cp 10 jours

3.1 - Carbasylin petit modèle

4.1 - 40

213.60

Dr. Med BENCHEKROUN
OMNIPRATICIEN
Diplôme d'Echographie
Bd Nil N° 70 Bloc 36
Tél: 05 22 38 00 34

PHARMACIE IBN ROUCHD
Mehdi BELAYACHI
355, Av. Rédha Guedira, Cité Djamaa
Casablanca - Tél: 0522 37 07 06

بلوك 36، رقم 70 شارع النيل سidi عثمان - الدار البيضاء - الهاتف : ع: 05 22 38 00 34
Bloc 36, N° 70 Boulevard du Nil, Sidi Othmane - Casablanca - Tél : 05 22.38.00.34

E-mail : benchekroun-mohamed@hotmail.com

BORATOIRE EL JOULANE
ANALYSES MEDICALES

Dr. TARIK Jawad
Médecin Biologiste



مختبر الجولان
للتحاليل الطبية

الدكتور طارق جواد
طبيب اختصاصي في التحاليل الطبية

Examen du : 10/06/2020

Exécution du : 10/06/2020

Référence: 0FJH47455

Mme KHOUDARI FATNA

Code Patient 04IB7318



Médecin: Dr. BENCHEKROUN MED

EXAMENS DE SANG

BIOCHIMIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Hémoglobine Glyquée (HbA1c): 10.2	% (Tech:HPLC-Automate Tosoh G7)	(3.9 à 6.2)	10.6 (13/01/20)
Glycémie..... : 2.36	g/l	(0.70 à 1.10)	2.46 (13/01/20)
Créatinine..... : 19	mg/l	(6 à 11)	20 (18/02/20)
Cholestérol Total..... : 1.96	g/l	(1,50 à 2,00)	
Triglycérides..... : 1.02	g/l	(0.35 à 1.40)	
Cholestérol H.D.L..... : 0.51	g/l	(0.35 à 0.8)	
Cholestérol L.D.L..... : 1.24	g/l		

valeurs cibles du LDL-Cholestérol selon les recommandations ANSM de mars 2005

- 0 Facteur de risque : **LDL < 2,20 g/l**
- 1 Facteur de risque : **LDL < 1,90 g/l**
- 2 Facteurs de risque : **LDL < 1,60 g/l**
- Plus de 2 facteurs de risque : **LDL < 1,30 g/l**
- Antécédent de maladie cardiovasculaire avérée : **LDL < 1,00 g/l**

Facteurs de risque : **Diabète, Tabac, Obésité, Age>60 ans, HDL < 0,40g/l, Séidentarité, ATCD de maladie cardiovasculaire familiale .**

*LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOULANE
DOCTEUR Tariq Jawad
5. Bloc 16 AV Joulane Sidi Othmane
Tel : 05 22 38 05 30*

LABORATOIRE EL JOULANE D'ANALYSES MEDICALES

Dr. TARIK Jawad
Médecin Biologiste



مختبر الجولان
للتحاليل الطبية

الدكتور طارق جواد
طبيب اختصاصي في التحاليل الطبية

Prélèvement du : 10/06/2020

Edition du : 10/06/2020

Référence: 0FJH47455

Mme KHOUDARI FATNA

Code Patient 04IB7318

|||||

Médecin: Dr. BENCHEKROUN MED

BIOCHIMIE

Analyses

Résultats

Normes

Antécédents

Clairance de la créatinine par la méthode MDRD

Résultat.....: 34 ml/min/1.73m²

Interprétation :

- > 90 : DFG normal
- 60 à 90 : Insuffisance rénale légère
- 30 à 60 : Insuffisance rénale modérée
- 15 à 30 : Insuffisance rénale sévère
- < 15 : Insuffisance rénale terminale

EXAMENS DES URINES

BIOCHIMIE

Analyses

Résultats

Normes

Antécédents

Echantillon urinaire

Micro-albumine..... : 168 mg/l

Créatinine.....: 0,76 g/l

Rapport microAlb(mg/l)/Créa(g/l): 221 mg/g

Commentaire :

- Albuminurie physiologique: < 30
- Micro-albuminurie.....: 30 - 300
- Macro-albuminurie.....: > 300

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOULANE
DOCTEUR Tariq Jawad
B.P. 48 AV. El Joulane - Sidi Othmane
TÉL : 05 22 38 05 30

LABORATOIRE EL JOULANE
ANALYSES MEDICALES

Dr. TARIK Jawad
Médecin Biologiste



مختبر الجولان
للتحاليلات الطبية

الدكتور طارق جواد
طبيب اخصاصي في التحاليلات الطبية

Facture n° 118356

ASABLANCA LE : 10/06/2020

Analyses effectuées le: 10/06/2020

Client.....: **Mme KHOUDARI FATNA**

Sur prescription du: Dr BENCHERKOUN MED

Code.....: 04IB7318



Organisme.....:

Bilan:

HBA1C=B100 GLY=B30 CREAT=B40 CHT=B30
HDL=B50 LDL=B50 TRIGL=B60 MICRO=B100
CREU=B30 CLCRM=B60

Cotation : (B 550)

Montant Net : 605.00 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : 605.00 Dhs

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOULANE
Docteur TARIK Jawad
5 Bloc 16 Av Joulane Sidi Othmane
Tél: 05 22 38 05 30

Dr Med .BENCHERKOUN

Omnipraticien

Diabétologue –Echographiste (Diplômé)

09 Juin 2020

Khoudari
Fatma

- Glycémie à jeun
- GPP (2 h après le petit déjeuner)
- HbA1C (par HPLC)
- Bilan lipidique (CT -HDL- LDL-TG)
- Crétatinnémie + DFG (calculé /MDRD)
- Rapport : microalbuminurie / crétatinnurie (sur échantillon urinaire du matin en mg/g)
- NFS - VS
- Uricémie
- K+ plasmatique
- Transaminases
- TSH us
- T4L
- PSA totales

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALS EL JOULANE
DOCTEUR Tarik Jawad
5, Bloc 18 AV. Sidi Othmane
Tél : 05 22 38 05 30

Dr Med BENCHERKOUN
OMNIPRATICIEN
Diplôme : Echographie - Diabétologie
Bd Nil N° 0 Bloc 7 CASA
Tunisie

Megasfon®

Phloroglucinol, Triméthylphloroglucinol

MEGASFON® 80 mg, comprimés orodispersibles

MEGASFON® 160 mg, comprimés orodispersibles

MEGASFON® 150 mg

Veuillez lire attentivement le contenu des informations

Ce médicament peut être prescrit par un pharmacien

Si les symptômes persistent ou apparaissent, demandez à votre pharmacien

Cette notice est faite pour vous aider à prendre le meilleur soin de vous

Si votre pharmacien vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

NE LAISSEZ PAS CE MEDICAMENT A LA PORTEE DES ENFANTS

PRÉSENTATION

MEGASFON® 80 mg et 160 mg, comprimés orodispersibles boîte de 10 et 20.

MEGASFON® 150 mg / 150 mg, suppositoires, boîte de 8.

COMPOSITION

Substance active : Phloroglucinol, Triméthylphloroglucinol

MEGASFON® 80 mg contient 80 mg de Phloroglucinol hydraté par comprimé orodispersible

MEGASFON® 160 mg contient 160 mg de Phloroglucinol hydraté par comprimé orodispersible

MEGASFON® suppositoires contiennent 150 mg de Phloroglucinol hydraté et 150 mg de Triméthylphloroglucinol par suppositoire.

Excipients : gsp 1 comprimé orodispersible ou 1 suppositoire.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

ANTISPASMODIQUE MUSCULOTROPE

MEGASFON® appartient à une classe de médicaments appelés antispasmodiques. Il agit contre les spasmes (contractions).

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

MEGASFON® est indiqué dans les traitements suivants :

- Traitement symptomatique des douleurs liées aux troubles fonctionnels du tube digestif et des voies biliaires.

- Traitement des manifestations spastiques et douloureuses aiguës des voies urinaires : coliques néphrétiques.

- Traitement symptomatique des manifestations spastiques douloureuses en gynécologie.

- Traitement adjuvant des contractions au cours de la grossesse en association au repos.

CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais MEGASFON® si vous êtes allergique (hypersensible) au phloroglucinol ou triméthylphloroglucinol à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.

Ne prenez jamais MEGASFON® comprimés orodispersibles en cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartam.

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

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Faites attention avec MEGASFON®.

L'association du phloroglucinol avec des antalgiques majeurs tels que la morphine ou ses dérivés doit être évitée en raison de leur effet spasmogène.

L'utilisation de MEGASFON®, comprimés orodispersibles est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares). EN CAS DE DOUCE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

NE JAMAIS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre pharmacien ou à votre pharmacien.

INTERACTIONS AVEC LES ALIMENTS ET LES BOISSONS

Sans objet.

INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THERAPIES ALTERNATIVES

Sans objet.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Grossesse

Si vous êtes une femme enceinte, vous devez demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant de prendre ce médicament. L'utilisation de MEGASFON® ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.

Allaitemt

emmé qui allaite. Il faut attendre au moins 24 heures avant de prendre tout

Megasfon®

Phloroglucinol

LOT : 6685
U.T. AV : 11-21
P.P.V : 58 DH 30

LES OU A UTILISER DES

MEGASFON® comprimés orodispersibles : Lactose, aspartam.

POSÉOLOGIE, MODE ET/OU VOIE(S) D'ADMINISTRATION

Posologie

MEGASFON® 80 mg comprimés orodispersibles :

Chez l'adulte, la posologie usuelle est de 2 comprimés orodispersibles par jour, à prendre au moment de la crise, à renouveler en cas de spasmes importants.

Chez l'enfant, 1 comprimé orodispersible 2 fois par jour.

MEGASFON® 160 mg comprimés orodispersibles, est RESERVE A L'ADULTE.

Prenez 1 comprimé orodispersible, au moment de la crise. Renouvez en cas de spasmes importants en respectant un intervalle minimum de 2 heures entre chaque prise sans dépasser 3 comprimés de MEGASFON® 160 mg par jour.

MEGASFON® suppositoires : 3 suppositoires par 24 heures.

Mode et voies d'administration, Fréquence d'administration

MEGASFON® comprimés orodispersibles : Voie orale.

Chez l'adulte, le comprimé est à dissoudre dans un verre d'eau ou le laisser fondre sous la langue pour obtenir un effet rapide.

Chez l'enfant, le comprimé est à dissoudre dans un verre d'eau.

MEGASFON® suppositoires : Voie rectale.

DANS TOUTES LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

SURDOSSAGE

Si vous avez pris plus de MEGASFON® que vous n'auriez dû, consultez votre pharmacien.

INSTRUCTIONS EN CAS D'OMISSION D'UNE OU DE PLUSIEURS DOSES

Si vous oubliez de prendre MEGASFON® ne prenez pas double dose pour compenser celle que vous auriez oublié de prendre.

RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE

Sans objet.

EFFETS INDÉSIRABLES

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

Dans certains cas, une allergie peut survenir.

Vous reconnaîtrez les signes d'une allergie :

- par des boutons et/ou des rougeurs sur la peau, prurit,
- par un brusque gonflement du visage et du cou (œdème de Quincke),
- ou par un malaise brutal dû à une chute de la pression artérielle (choc anaphylactique).

CONSERVATION

MEGASFON® comprimés orodispersibles : A conserver à une température ne dépassant pas +30 °C et à l'abri de l'humidité.

MEGASFON® suppositoires : A conserver à une température ne dépassant pas +25 °C.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

CONDITIONS DE DELIVRANCE

Sans objet.

PEREMPTION

Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur le conditionnement extérieur.

DATE DE REVISION DE LA NOTICE

Décembre 2016

PHARMA 5

Laboratoires Pharma 5

21 Rue des Asphodèles - Casablanca - Maroc

Site de fabrication: Zone Industrielle Ouled Salé - Bouskoura - Maroc

Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

ن تضخم أو إنتفاخ أحد الأوعية الدموية الكبير
أيضاً من تمزق على مستوى الأبهري).

فرد العائلة يعاني من أم الدم الأبهري أو من تمزق مستوي الأبهري
أيضاً أو المؤهلة لهذا الخطير (مثل اضطراب النسيج سام مثل متلازمة إهلي دانلوس الوعائية، أو إضطرابات وعائية مثل التهاب المفاصل لفراصل ذو الخلايا العملاقة، مرض بيهسيت، إرتفاع الضغط الدموي،

يؤخذ بحذر إذا كان لديك أو أحد أفراد العائلة سابقاً مدد المجال QT مستوى التخطيط الكهربائي للقلب)، إذا كان لديك اختلال إلكترونات تركيزات البوتاسيوم والمعنيسيوم في الدم، إذا كان لديك نظم القلب يطيء ضعف في القلب، إذا عانيت سابقاً من نوبة قلبية (اختناق عقلة أو شخص مسن أو تأخذ دواء آخر تسبب في شدود تخطيط القلب آخر).

عدوى المساك التناسلية يمكن للطبيب أن يصف لك مضاد حيوي آخر

ن. في حالة عدم تحسن الحالة خلال 3 أيام من العلاج المرجوا إستشارة

دكتور في البصر أو إذا كانت العين مصابة، المرجوا إستشارة طبيب العيون

يب فوراً في حالة ظهور أحد الإضطرابات التالية خلال العلاج بسيسين:

تحديد إمكانية وقف العلاج بسيسين.
نادة و مفاجئة (تفاعلات/نوبة تآقية، وَمَمَّةً وَعَائِيَةً). عند أخذ الجرعة لفيف بعد حادث تفاعلات، أرجية حادة، التي تظهر خلال المراض التالية: صدر، دوخة، غثيان أو غيبوبة أو دوخة عند القيام. في حالة الإحساس أو وقف العلاج بسيسين و الاتصال بالطبيب.

هرباب في البصر أو إذا كانت العين مصابة، المرجوا إستشارة طبيب العيون

نيل والأوتار يمكن أن تحدث بشكل عرض، خاصة إذا كانت مسناً و كنت

على الكورتيكوديانت. يمكن حدوث التهاب، و تمزق على مستوى الأوتار من العلاج أو بعد عدة أشهر من وقف العلاج بسيسين ووكاسيين. عند لالام والالتهاب يجب وقف العلاج بسيسين و أن تحافظ على المانطة

من الصرع أو إصابة عصبية أخرى مثل إفقار دماغي أو إصابة أوعية

اثرارات جانبية تسبب الجهاز العصبي المركزي، إذا كنت تعاني من هذه العلاج بسيسين و المرجوا الاتصال بالطبيب على الفور.

لات تنسق خلايا الجرعة الأولى من بسيسين. في حالة حدوث هذا المرجوا

أن تتفاقم الأعراض عند العلاج بسيسين. في حالة حدوث هذا المرجوا

و الاتصال بالطبيب فوراً.

اعتلان الأعصاب مثل الألم، إحساس بإحراق، وخَرَقَهُ و/or ضعف.

مرجوا وقف العلاج بسيسين و الاتصال فوراً بالطبيب.

ات من انخفاض المضادات الحيوية في الدم غالباً عند المرضى يعانون من داء السكري المنسن. في هذه الحالة المرجوا الاتصال بالطبيب فوراً.

إسهال عند تناول المضادات الحيوية، خاصة بسيسين، و يمكن أن يهدى

العلاج. في حالة تفاقم أو استمرار الإسهال أو لاحظت استكون في خطر. لا يجب أخذ

و تقطير العبور المعموي مع الاتصال بالطبيب.

خضع لعملية أخذ عينة من الدم أو البول المرجوا إخبار الطبيب أو

التحاليل بذلك تأخذ بسيسين.

كل على مستوى الكلى المرجوا إخبار الطبيب بأنك تأخذ علاج بسيسين

عنة.

تسبب في إصابة الكبد. إذا لاحظت أن أعراض مثل: فقدان الشهية،

أو تحسّن المعدة عند الجسم المرجوا وقف أخذ بسيسين و الاتصال

بتسبب في انخفاض عدد الكريات البيضاء و خفض من مناعتك إتجاه

ن، تعاني من عدوى مصحوبة بالأعراض مثل حمى و تدهور حالتك أو

ن عندو موضعية، مثل الألم على الحلق/البلعوم، و الفم أو

طحالب الولدة المرجوا إخبار الطبيب على الفور. من المهم إخبار الطبيب بذلك

عند إدخاله في حالة جرعة زائدة يهدى هيدروجين

لأنه يمكن أن تعاني من خطر فقر الدم مع سيروفولوكاسيين.

سيح الجلد حساس للشمس أو الأشعة فوق البنفسجية. يجب تجنب

أشعة الشمس أو الأشعة فوق البنفسجية الإشعاعية مثل التي

يتم إشعاعها.

م فاجئ و حاد على مستوى البطن أو الصدر أو الظهر يجب التوجه

بعجلات بأحد المستشفيات.

ي مع بسيسين:

ن تباين زيدان قد يتسبب في آثار جانبية مثل انخفاض الضغط الأوعية

الفصل 2 لا يجب أخذ بسيسين).

ن تباين زيدان قد يتسبب في آثار جانبية مثل انخفاض الضغط الأوعية

الفصل 2 لا يجب أخذ بسيسين).

CARBOSYLANE, capsule

Read all of this leaflet carefully before you start taking this medicine.
Always take this medicine exactly as your doctor or pharmacist tells you.

- Keep this leaflet. You may need it again.
- Ask your pharmacist if you need any more information.
- If you get any side effects, talk to your doctor or pharmacist.
- You must talk to a doctor if you:

GRIMBERG
Grimbergen

..... doses per jour pendant



ation for you.

In this leaflet:

1. **WHAT CARBOSYLANE, capsule FOR**
2. **WHAT YOU NEED TO KNOW BEFORE YOU TAKE CARBOSYLANE, capsule**
3. **HOW TO TAKE CARBOSYLANE, capsule**
4. **POSSIBLE SIDE EFFECTS**
5. **HOW TO STORE CARBOSYLANE, capsule**
6. **CONTENTS OF THE PACK AND OTHER INFORMATION**

1. **WHAT CARBOSYLANE, capsule IS AND WHEN IT IS USED FOR**

Pharmacotherapeutic group – ATC code: A07BA51, ANTIFLATULENT/ INTESTINAL ADSORBENT

This medicine is indicated in adults and children over 6 years of age for the symptomatic treatment of dyspeptic states (indigestion) and meteorism (intestinal distension).

You should talk to your doctor if you do not feel better or if you feel worse after 10 days of treatment.

2. **WHAT YOU NEED TO KNOW BEFORE YOU TAKE CARBOSYLANE, capsule**

Do not take CARBOSYLANE, capsule:

- if you are allergic (hypersensitive) to the active substances or any of the other ingredients of this medicine listed in section 6.
- In children under 6 years of age due to the risk of choking.

Warnings and precautions

If you take another medical treatment, allow an interval between taking CARBOSYLANE, capsule and other drugs (more than 2 hours, if possible).

Talk to your doctor or pharmacist before taking CARBOSYLANE, capsule.

Contact your doctor or pharmacist if you have any questions.

If you forget to take CARBOSYLANE, capsule

Do not take a double dose to make up for a forgotten dose.

If you have any further questions on the use of this medicine, ask your doctor or pharmacist.

4. POSSIBLE SIDE EFFECTS

Like all medicines, this medicine can cause side effects, although not everybody gets them:

- dark discolouration of the stools may occur.
- some cases of allergic reactions (urticaria, generalised allergic reaction) have been reported after the administration of CARBOSYLANE, capsule.
- Cases of gastrointestinal disorders (pain, vomiting, discomfort, constipation or diarrhea) have been reported following administration of CARBOSYLANE, capsule.

Reporting of side effects:

If you get any side effect, talk to your doctor or your pharmacist or your nurse. This includes any possible side effects not listed in this leaflet. You can also report side effects directly via the national reporting system: National Agency for safety of medicines and health products (ANSM) and network of the Regional Centers of Pharmacovigilance. Web site: www.signalement-sante.gouv.fr.

By reporting side effects, you can help provide more information on the safety of this medicine.

5. HOW TO STORE CARBOSYLANE, capsule

Keep this medicine out of the sight and reach of children.

Do not use this medicine after the expiry date.