

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-786068

155526

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10327 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AZZAB Mohamed

Date de naissance : 06/11/1974

Adresse : BD HACHIMI FILALI Res. Les Jandras de Bah-2 Imm 4 Apt 8

Tél. : 0666 493849 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Atroui Samya 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 : Casablanca M. Le : 31/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

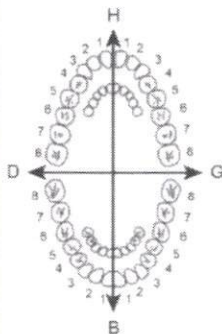
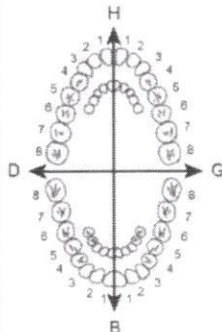
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

| | |
|------------------|--|
| Nature des Soins | |
|------------------|--|

Coefficient

INP : | | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412

12 | 21433552

1

.....

| | |
|----|------------|
| 10 | 0000000000 |
|----|------------|

00000000
25822414

| | |
|----|----------|
| 00 | 00000000 |
| 11 | 11122552 |

6

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب :
Le : 20/02/2023 : بتاريخ :

الصفحة Page 1 / 1

N° d'immatriculation 187211878

رقم التسجيل

Règlements de la période

أداءات الفترة

du : 17/02/2023 : من
au : 17/02/2023 : إلى

Destinataire

المرسل إليه

ATIQUI SAMYA

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

| رقم الملف | تاريخ العلاج | العمليات | مهنيو الصحة | مبلغ المصاريف | التعريف المرجعية | المعامل | الكمية | أساس التعويض | نسبة التعويض | تاريخ إرسال الأداء | مبلغ التعويض |
|-------------------------|---------------|----------|------------------------|-----------------------|--------------------|---------|----------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------|
| Número de dossier | Date de soins | Actes | Prestataires de soins | Montant de la dépense | Tarif de référence | Coeff. | Quantité | Base de remboursement | Taux de remboursement % | Date d'envoi du paiement | Montant remboursé |
| ATIQUI SAMYA | | | | | | | | | | | |
| 114240248 | 17/01/2023 | ECHO | GYNECO OBSTETRIQUE | 200,00 | 200,00 | 1.00 | 1,00 | 200,00 | 70,00 | 17/02/2023 | 140,00 |
| 114240248 | 17/01/2023 | CS | GYNECO OBSTETRIQUE | 200,00 | 150,00 | 1.00 | 1,00 | 150,00 | 70,00 | 17/02/2023 | 105,00 |
| 114240248 | 17/01/2023 | PH | PHARMACIES D OFFICINES | 36,00 | 0,00 | 1.00 | 1,00 | 0,00 | 0,00 | 17/02/2023 | 20,79 |
| Total remboursé | | | | | | | | | | | 265,79 |
| Total général remboursé | | | | | | | | | | | 265,79 |

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

ns à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Feuille de soins par personne et par événement.

Le soin doit être accompagné de toutes les justificatives originales (ordonnances médicales, résultats des examens de radiologie et/ou de ...)

Le prénom de la personne soignée doit être inscrit par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de ...

Les ordonnances et les PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances transmises.

Le soin ainsi que les pièces justificatives doivent être présentés à la CNSS dans les deux mois qui suivent l'acte médical, sauf s'il y a traitement continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être remis dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du ...

Le paiement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les soins liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Le remplacement de la CNSS pour les prothèses et la rééducation faciale est nécessaire.

La personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas couvertes est soumise aux sanctions légales et réglementaires.

Le remboursement pris par la CNSS est basé sur le respect des conditions réglementaires et de ...

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث. يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف حدود سنتين (60) يوما من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة للبدلة السنوية والتقويم السنوي الوجهي ضرورية.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.


توقيع وطابع الوكالة
Cachet et signature de l'Agence

خاص بهيئة التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

ن من ل'agent :

du dossier :

Date d'arrivée

| | | |
|---|--|--|
|  الضمان الاجتماعي CNSS | ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie | مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire |
| | موافقة مسبقة Entente préalable | تنفيذ Exécution |

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

| | | |
|---|--|--|
| Nom et prénom : | Atiqui SAMYA | الإسم العائلي والشخصي : |
| N° Immatriculation : | 118712 118718 | رقم التسجيل : |
| N° de la carte d'Identité Nationale : | 118712 118718 | رقم بطاقة التعريف الوطنية : |
| Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* | Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن | علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)* |
| Adresse : | Rue Abdel Malek, 109, Assala, Ras Khamis, Boufarik, Algiers | العنوان : |
| Montant des frais : | Dhs. | مبلغ المصاريف : |
| Nombre de pièces jointes : | | عدد الوثائق المرفقة : |

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

| | |
|---------------------------------------|--|
| Bénéficiaire de soins | المستفيد من العلاجات |
| Nom et prénom : | Atiqui SAMYA |
| Date de naissance : | |
| N° de la carte d'Identité Nationale : | |
| Sexe* : | M <input type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى |
| | الإسم العائلي والشخصي : |
| | تاريخ الإيداع : |
| | رقم بطاقة التعريف الوطنية : |
| | الجنس* : |

Identification du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

| | |
|---|--|
| N° INP | الرقم الوطني الإستدلالي للممارس: |
| Type de soins | نوع العلاجات: |
| Maladie* Pour les enfants de moins de 12 ans | مرض* للأطفال أقل من 12 سنة |
| Maternité* <input type="checkbox"/> | أمومة* <input type="checkbox"/> |
| Hospitalisation* <input type="checkbox"/> | استشفاء* <input type="checkbox"/> |
| Accident* <input type="checkbox"/> | حوادث* <input type="checkbox"/> |
| Pli confidentiel remis* : <input type="checkbox"/> | تم تقديم الظرف المغلق: <input type="checkbox"/> |
| Date de grossesse : | تاريخ الحمل: |
| Date prévue d'accouchement : | التاريخ المتوقع للولادة: |
| Date d'hospitalisation : | تاريخ الإستشفاء: |
| Date d'accident : | تاريخ الحادث: |
| Causes : | أسباب الحادث: |
| J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. | أشهد بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه. |
| Fait à : | Fait à : |
| Le : | Le : |
| Signature de l'assuré(e) | Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins |

- INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

* اشطب الخانة المناسبة

| وصف العمليات المجرة | | | | | Description des actes effectués | |
|----------------------------------|--------------------------------|--|----------------------------|-----------------------------------|---|--|
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP | قيمة المعامل Valeur clé | المبلغ المفوتر Montant facturé | توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet de Médecin traitant | |
| 17/01/23 | | | | 2000 | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

CIM-10

| عمليات المساعدين الطبيين | | | | | Actes Paramédicales | |
|----------------------------------|--------------------------------|--|----------------------------|-----------------------------------|---|--|
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP | قيمة المعامل Valeur clé | المبلغ المفوتر Montant facturé | توقيع وطابع المساعد المعالج Signature et Cachet du Paramédical | |
| | | | | | | |
| INP : [] | | | | | | |
| | | | | | | |
| INP : [] | | | | | | |
| | | | | | | |
| INP : [] | | | | | | |

| Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie | | | | | أم الأشعة والصور | |
|---|--------------------------------|--|----------------------------|-----------------------------------|---|--|
| تاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP | قيمة المعامل Valeur clé | المبلغ المفوتر Montant facturé | توقيع وطابع الإحيائي Signature et Cachet du ou Biologiste | |
| 17/01/23 | | | | 2000 | | |
| INP : [] | | | | | | |
| | | | | | | |
| INP : [] | | | | | | |
| | | | | | | |
| INP : [] | | | | | | |

| التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة | | | Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis | |
|---|-------------------------------|--|---|--|
| تاريخ التنفيذ Date d'exécution | الثمن المفوتر Prix Facturé | توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux | | |
| 17/01/23 | 36,00 | | | |
| INP : [] | | | | |
| | | | | |
| INP : [] | | | | |
| | | | | |
| INP : [] | | | | |

Dr. ZARI Amal

Spécialiste en Gynécologie – Obstétrique

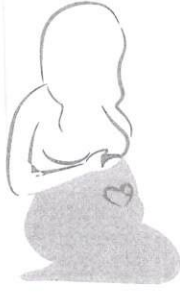
Ancien Attaché aux Hôpitaux de France

Suivi de Grossesses - Accouchements

Grossesses à haute risque et Médecine Fœtale 3D/4D

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et Hysteroscopie - Stérilité du couple FIV - ICSI



الدكتورة الزرعى أمال

إختصاصية في أمراض النساء والتوليد

طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا

متابعة الحمل - التوليد

الحمل عالي المخاطر والفحص بالصدى 3D/4D

جراحة النساء والشد

الجراحة بالمنظار - العقم والإخصاب

Dr ZARI Amal

Note d'honoraire

17/01/2023

Nom du patient : ATIQUI SAMIA

Arrêtée la présente facture à la somme de 500 DH

Pour le (s) examen (s) suivant (s) :

CONSULTATION : 250dh

ECHOGRAPHIE : 250dh

[Faint, illegible text and signature]

DR ZARI AMAL

Dr. ZARI Amal

Spécialiste en Gynécologie – Obstétrique

Ancien Attaché aux Hôpitaux de France

Suivi de Grossesses - Accouchements

Grossesses à haute risque et Médecine Foetale 3D/4D

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et Hysteroscopie - Stérilité du couple FIV - ICSI



الدكتورة الزرعى أمال

إختصاصية في أمراض النساء والتوليد

طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا

متابعة الحمل - التوليد

الحمل عالي المخاطر والفحص بالصدى 3D/4D

جراحة النساء والنفدي

الجراحة بالمنظار - العقم والإخصاب

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE

Date : 17/01/2023

Nom & Prénom : ATIQUI SAMIA

Opérateur : Dr ZARI Amal

Appareil : GE Voluson Type : E8 (Mise en service 06/2020)

Modalités d'exams: Voie endovaginal

-Utérus en situation antéversé antéfléchi de taille normal

-L'endomètre homogène

- l'ovaire gauche : RAS

-l'ovaire droit : RAS

-Absence de masse pelvienne suspecte.

-Le Cul de Sac de Douglas est libre, en particulier, il n'y a pas d'épanchement liquidien.

Conclusion : Echographie endovaginale sans particularité

Dr ZARI Amal

Dr. ZARI Amal

Spécialiste en Gynécologie – Obstétrique

Ancien Attaché aux Hôpitaux de France

Suivi de Grossesses - Accouchements

Grossesses à haute risque et Médecine Fœtale 3D/4D

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et Hysteroscopie - Stérilité du couple FIV - ICSI



الدكتورة الزرعى أمال

إختصاصية في أمراض النساء و التوليد

طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا

متابعة الحمل - التوليد

الحمل عالي المخاطر و الفحص بالصدى 3D/4D

جراحة النساء و الثدي

الجراحة بالمنظار - العقم و الإخصاب

17-1-2023

Mme ATIQUNI SAMYA

36,0°

1/ Hydrolin pommade

Application x 2 / 5

[Faint handwritten signature and stamp]

[Circular stamp: Dr. Z. Amal, Gynécologue Obstétricienne, 152, Boulevard Al Qods, 2ème Etage Casablanca]

152 Bd. Al Qods Abwab California Ain Chock
Rés. Dar Salwa 2 - 1er Etage Casablanca

E-mail : zariama2975@gmail.com Tél: 05 22 87 40 07

152، شارع القدس أبواب كاليفورنيا عين الشق
إقامة دار سلوى 2 الطابق 1 الدار البيضاء

مدة العلاج
تتمدد مدة العلاج لأسبوع واحد.
الاستخدام المنتظم للمنتج طوال مدة العلاج أمر بالغ الأهمية لإنجاح العلاج.
إذا استمرت الأعراض لأكثر من 7 أيام، فيجب استشارة الطبيب.

4. ما هي التأثيرات الغير مرغوب فيها المحتملة ؟
كجميع الأدوية، قد ينتج عن استخدام ميكوايدرالان، كرم ظهور بعض التأثيرات الغير مرغوب فيها، رغم أن هذه تأثيرات لا تظهر لدى الجميع:
• الشرى، الطفح الجلدي، الحكة، التهيج، الحرقان، وانتفاخ الأنسجة؛
• الإغماء، انخفاض ضغط الدم، ضيق التنفس؛
• الشعور بعدم الراحة على مستوى الجهاز التناسلي.
الإبلاغ عن التأثيرات الغير مرغوب فيها
إذا شعرت بأي تأثيرات غير مرغوب فيها، أخبري طبيبك أو الصيدلي هذا ينطبق أيضا على أي تأثير غير مرغوب فيه لم يرد ذكره في هذه النشرة.

5. كيف يحفظ ميكوايدرالان كرم ؟
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال.
لا تستخدم هذا الدواء بعد تاريخ انتهاء الصلاحية المشار إليه على علبة الدواء.
ليست هناك شروط خاصة.
لا ينبغي رمي الأدوية في مياه الصرف الصحي أو مع النفايات المنزلية. يرجى استشارة الصيدلي حول كيفية التخلص من الأدوية غير المستعملة، لأن هذه التدابير من شأنها حماية البيئة.

6. معلومات إضافية
اللائحة الكاملة للمواد الفعالة والسواغات
على ماذا يحتوي ميكوايدرالان، كرم ؟
المادة الفعالة هي:
كلونريازول 100 غ من الكرم
المكونات الأخرى هي:
ستياريات السوربيتان، بولي سوربات 60، بالميتات السيتيل، كحول السيتوستيارييل، أوكتيلدوديكانول، كحول البنزيل، والماء النقي.
ما هو ميكوايدرالان، كرم وما هو محتوى العلبة الخارجية؟
يقدم هذا الدواء على شكل كرم في أنبوب سعته 30 غرام.

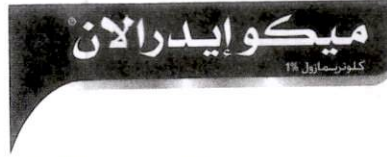
الشركة المصنعة
مختبر بفايزر، ش.م.
كيلومتر 0.500، طريق الوليدية
صندوق البريد 35-24000
الجديدة - المغرب

الشركة المخرصة
بايبر، ش.م.
برج إيفوار 1 - الطابق 3 شارع
سبيدي محمد بن عبد الله،
مارينا 20030
الدار البيضاء - المغرب

آخر تاريخ تمت فيه مراجعة هذه النشرة هو 18 دجنبر 2020.

معلومات أخرى
تصانح تهم التريب
أ/ ما هو التهاب
التهابات الفطرية
الأغشية المخاطية
في معظم الأحيان
موجود بشكل ط
تسبب انتشارا غ
الفلورة المهبيلة
مصحوبا بالتهاب،
هناك العديد من
الفطريات المهبيلة
- تناول بعض
إلخ...
- السكري
- العوامل الهرمونية
- الطمث، والحمل
- النظافة غير المناسبة.

ب/ كيفية التعرف على التهاب الفطري المهبلي - الفرج ؟



الرجو قراءة هذه النشرة بعناية قبل استخدام هذا الدواء لأنها تحتوي على معلومات مهمة لعلاجكم.
إذا كانت لديك أسئلة أخرى أو أي شك، فاطلبي المزيد من المعلومات من طبيبك أو من الصيدلي.
• احتفظي بهذه النشرة، فقد تحتاجين إلى إعادة قراءتها مرة أخرى.
• إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات والنصائح، فيرجى استشارة الصيدلي.
• إذا تفاقمتم الأعراض أو استمرت، فيرجى استشارة الطبيب.
• إذا لاحظت ظهور أي تأثيرات غير مرغوب فيها لم تتم الإشارة إليها في هذه النشرة، أو إذا لاحظت ظهور أي من التأثيرات الغير مرغوب فيها المدرجة في هذه النشرة على أنها تأثيرات خطيرة، يرجى إخبار طبيبك أو الصيدلي.

محتوى هذه النشرة :
1. ما هو ميكوايدرالان، كرم وماهي الحالات التي يستخدم فيها ؟
2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استخدام ميكوايدرالان، كرم ؟
3. كيف يستخدم ميكوايدرالان، كرم ؟
4. ما هي التأثيرات الغير مرغوب فيها المحتملة ؟
5. كيف يحفظ ميكوايدرالان، كرم ؟
6. معلومات إضافية.

1. ما هو ميكوايدرالان كرم، وماهي الحالات التي يستخدم فيها ؟
مضاد الفطريات الموضعية
(G : الجهاز البولي- التناسلي والهرمونات الجنسية)
يوصف هذا الدواء لعلاج التهابات الفرج التي تسببها الفطريات الفرجية- المهبيلة ذات الخمائر الحساسة (أمراض ناجمة عن فطريات مجهرية).
هذا الدواء مخصص للبالغين فقط.

2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل استخدام ميكوايدرالان، كرم ؟
موانع الاستعمال
• تجنب استخدام ميكوايدرالان، كرم في الحالات التالية :
• الحساسية (فرط الحساسية) تجاه مشتقات الإيزيدازول أو أي من المكونات الأخرى المذكورة في فقرة "معلومات إضافية"
• فحذيرات واحتياطات الاستخدام
• للرجو توخي الحذر عند استخدام ميكوايدرالان، كرم :
• تجنب وضعه بالقرب من العينين.
• إذا تم وضعه على جلد مصاب، فيجب احترام التوصيات والجرعة التي حددها الطبيب بسبب تغلغل المنتج داخل الجلد في هذه الظروف.
• إذا ظهرت عليك أي من الأعراض التالية، قبل أو طيلة مدة استخدام ميكوايدرالان، يرجى استشارة الطبيب :
• حمى، غثيان، قيء.
• ألم أسفل البطن.

معلومات أخرى
تصانح تهم التريب
أ/ ما هو التهاب
التهابات الفطرية
الأغشية المخاطية
في معظم الأحيان
موجود بشكل ط
تسبب انتشارا غ
الفلورة المهبيلة
مصحوبا بالتهاب،
هناك العديد من
الفطريات المهبيلة
- تناول بعض
إلخ...
- السكري
- العوامل الهرمونية
- الطمث، والحمل
- النظافة غير المناسبة.

ب/ كيفية التعرف على التهاب الفطري المهبلي - الفرج ؟