

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0049158

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2405 Société : RAM 159472
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KAHLI ABDERRAHIM
Date de naissance : 15-11-1953
Adresse : Lot OMARIA Rue 31 N°14 Casa
Ain Chok
Tél. 0669701644 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/06/2023
Nom et prénom du malade : KAHIL Abdelhak Age : 69 Ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : cardiop
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 : CASA Le : 13/06/2023
Signature de l'adhérent(e) :

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
		9	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Généraliste du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
19/04/2020	19/04/2020	357,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		ETT	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																						
			DATE DU DEVIS																						
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

19/04/13

M. Khaled Abou

34,60 x 5



→ 1000 mg



1 - 1 - 0

P. 1000 mg (3 fois)

920 x 2

→ 1000 mg



1/2 cp

T. 357,00

(3 fois)

DR. HANZANE
ANESTHÉSIOLOGUE
Bd Mohamed Bourziane Résidence Blod Lkhir
N°101 Bt Bldg Sidi Othmane - Casablanca
05 22 12 03 38

• إذا شعرتُم بأي آثار جانبية تكلم مع الطبيب أو الصيدلاني أو الممرض(ة).
هذا ينطبق أيضا على جميع الآثار الجانبية الغير المدلى بها في هذه النشرة
أنظر إلى مقطع 4 : «ماهي الآثار الحانسة المحتملة؟».

- إن كنت خاضعاً لحمية منخفضة الملح أو تستعمل مادة بديلة عن الملح تحتوي على البوتاسيوم.
- إن كنت سوف تخضع لعملية تخدير طبي و/أو سوف تقوم بعملية جراحية هامة.

• تضخم في الوجه، أو في الشفتين، أو في الفم، في اللسان أو في الحلق، صعوبة في التنفس (وذمة وعائية) (أنظر لمقطع «تحذيرات واحتياطات»)، (غير شائعة - يمكن أن تصيب شخص 1 من كل

 **Lasilix® 40 mg**
 **Lasilix® 20 mg/2 ml**

Furosémide

LOT : 22E014
PER: 07/2026

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



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 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 relire à nouveau.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

LASILIX 40 mg comprimés :

Furosémide 40 mg/comprimé.

Excipients : amidon de maïs, lactose, silice colloïdale, talc, stéarate de magnésium.

LASILIX 20 mg/2ml :

Furosémide 20 mg/2 ml.

Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.

Formes pharmaceutiques et présentations

LASILIX 40 mg : comprimés sécables dosés à 40 mg ; boîte de 20.

LASILIX 20 mg/2 ml : solution injectable,
ampoule de 2 ml ; boîte de 1.

DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Voie orale :

Ce médicament est indiqué dans le traitement :

- des œdèmes d'origine cardiaque ou rénale,
- des œdèmes d'origine hépatique, le plus souvent en association avec un diurétique épargneur de potassium,
- de l'hypertension artérielle.

Voie injectable :

Cette forme est indiquée dans les cas suivants :

- urgences cardiologiques : œdème aigu du poumon, arrêt cardiaque,
- poussées hypertensives sévères (*élévation importante de la tension artérielle*),
- rétentions sodées sévères d'origine cardiaque, rénale, cirrhotique (*réten-tion de sel*),
- radiologie du bas appareil urinaire et test de lavage « wash out » au LASILIX,
- peut être utilisé en réanimation pédiatrique.

ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

 **Lasilix® 40 mg**
 **Lasilix® 20 mg/2 ml**

Furosémide

LOT : 22E014
PER: 07/2026

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



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 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 relire à nouveau.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

LASILIX 40 mg comprimés :

Furosémide 40 mg/comprimé.

Excipients : amidon de maïs, lactose, silice colloïdale, talc, stéarate de magnésium.

LASILIX 20 mg/2ml :

Furosémide 20 mg/2 ml.

Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.

Formes pharmaceutiques et présentations

LASILIX 40 mg : comprimés sécables dosés à 40 mg ; boîte de 20.

LASILIX 20 mg/2 ml : solution injectable,
ampoule de 2 ml ; boîte de 1.

DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Voie orale :

Ce médicament est indiqué dans le traitement :

- des œdèmes d'origine cardiaque ou rénale,
- des œdèmes d'origine hépatique, le plus souvent en association avec un diurétique épargneur de potassium,
- de l'hypertension artérielle.

Voie injectable :

Cette forme est indiquée dans les cas suivants :

- urgences cardiologiques : œdème aigu du poumon, arrêt cardiaque,
- poussées hypertensives sévères (*élévation importante de la tension artérielle*),
- rétentions sodées sévères d'origine cardiaque, rénale, cirrhotique (*réten-tion de sel*),
- radiologie du bas appareil urinaire et test de lavage « wash out » au LASILIX,
- peut être utilisé en réanimation pédiatrique.

ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

 **Lasilix® 40 mg**
 **Lasilix® 20 mg/2 ml**

Furosémide

LOT : 22E014
PER: 07/2026

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



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 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 relire à nouveau.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

LASILIX 40 mg comprimés :

Furosémide 40 mg/comprimé.

Excipients : amidon de maïs, lactose, silice colloïdale, talc, stéarate de magnésium.

LASILIX 20 mg/2ml :

Furosémide 20 mg/2 ml.

Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.

Formes pharmaceutiques et présentations

LASILIX 40 mg : comprimés sécables dosés à 40 mg ; boîte de 20.

LASILIX 20 mg/2 ml : solution injectable,
ampoule de 2 ml ; boîte de 1.

DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Voie orale :

Ce médicament est indiqué dans le traitement :

- des œdèmes d'origine cardiaque ou rénale,
- des œdèmes d'origine hépatique, le plus souvent en association avec un diurétique épargneur de potassium,
- de l'hypertension artérielle.

Voie injectable :

Cette forme est indiquée dans les cas suivants :

- urgences cardiologiques : œdème aigu du poumon, arrêt cardiaque,
- poussées hypertensives sévères (*élévation importante de la tension artérielle*),
- rétentions sodées sévères d'origine cardiaque, rénale, cirrhotique (*réten-tion de sel*),
- radiologie du bas appareil urinaire et test de lavage « wash out » au LASILIX,
- peut être utilisé en réanimation pédiatrique.

ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

 **Lasilix® 40 mg**
 **Lasilix® 20 mg/2 ml**

Furosémide

LOT : 22E014
PER: 07/2026

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



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 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 relire à nouveau.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

LASILIX 40 mg comprimés :

Furosémide 40 mg/comprimé.

Excipients : amidon de maïs, lactose, silice colloïdale, talc, stéarate de magnésium.

LASILIX 20 mg/2ml :

Furosémide 20 mg/2 ml.

Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.

Formes pharmaceutiques et présentations

LASILIX 40 mg : comprimés sécables dosés à 40 mg ; boîte de 20.

LASILIX 20 mg/2 ml : solution injectable,
ampoule de 2 ml ; boîte de 1.

DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Voie orale :

Ce médicament est indiqué dans le traitement :

- des œdèmes d'origine cardiaque ou rénale,
- des œdèmes d'origine hépatique, le plus souvent en association avec un diurétique épargneur de potassium,
- de l'hypertension artérielle.

Voie injectable :

Cette forme est indiquée dans les cas suivants :

- urgences cardiologiques : œdème aigu du poumon, arrêt cardiaque,
- poussées hypertensives sévères (*élévation importante de la tension artérielle*),
- rétentions sodées sévères d'origine cardiaque, rénale, cirrhotique (*réten-tion de sel*),
- radiologie du bas appareil urinaire et test de lavage « wash out » au LASILIX,
- peut être utilisé en réanimation pédiatrique.

ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

كوفرسيل® 5 ملغ

، بريل أريجيني، حبات ملبسة قابلة للسكر

كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر مع الطعام والشراب
يُستحسن أخذ كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر قبل وجبة الطعام.

الحمل والإرضاع
إذا كنت حاملاً أو مرضعاً، أو تعتقدن بأنك حامل أو تخططين للإنجاب، عليك باستشارة الطبيب أو الصيدلي قبل تعاطي هذا الدواء.

الحمل
من المتوقع أن تعطي طبيبك إن كنت تظنين بأنك حامل (أو إن كنت تتوقعين الحمل).
فقد يطلب منك طبيبك التوقف عن أخذ كوفرسيل 5 ملغ حبات ملبسة قابلة للسكر قبل وقوع الحمل أو بمجرد ظهوره، كما سيصف لك دواءً آخر بدلاً عن كوفرسيل 5 ملغ حبات ملبسة قابلة للسكر.
لا ينصح بأخذ كوفرسيل 5 ملغ حبات ملبسة قابلة للسكر في بداية الحمل، كما يُنظر أخذه قطعياً بعد الشهر الثالث من الحمل حيث أنه يُشكل خطراً على الجنين.

الرضاعة
أعطي طبيبك إن كنت ترضعين أو على وشك الإرضاع.
لا يجوز استعمال كوفرسيل 5 ملغ حبات ملبسة قابلة للسكر لدى المرأة المرضع، فإن كنت مصرة على الإرضاع، فيسوف يخطر لك طبيبك علاجاً آخر، وخاصة إن كان طفلك حديث الولادة أو إن كانت ولادته مبكرة.

قيادة السيارات واستعمال الآليات
إن كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر لا يؤثر على اليقظة، لكن قد يظهر إحساس بالدوار أو بالتعب لدى بعض المرضى نتيجة انخفاض الضغط الشرياني، لذا فخذ ثقلاً القدرة على قيادة السيارات أو العمل على الآلات.

يحتوي كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر على سكر الحليب (اللاكتوز)
في حالة إصابتك بمرض السكري، يجب أن يتفق بينك وبين طبيبك على علاج السكر، عليك بمراجعتك قبل أخذ هذا الدواء.
يحتوي كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر على اللاكتوز
يحتوي كوفرسيل 5 ملغ حبات ملبسة قابلة للسكر على أقل من 1 مول (23 ملغ) من الصوديوم في كل حبة، ولذا يمكن اعتباره «حلال من الصوديوم».

3. كيف يؤخذ كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر؟
عليك (وإذا الالتزام بتناول هذا الدواء بالطريقة التي وصفها لك طبيبك، فإن لم تكن متأكدًا، عليك باستشارة طبيبك).
تُبلع الحبة مع كأس من الماء، ويُستحسن أخذها يومياً في نفس الميعاد في الصباح قبل وجبة الإفطار.

إن طبيبك هو الذي يقرّر مقدار الجرعة المناسبة لوضعك.
يراعح مقدار الجرعة للمرضى بها كالآتي:
لارتفاع ضغط الشريان، إن الجرعة الابتدائية في بداية العلاج وجرعة الوالية عبارة عن 5 ملغ في اليوم. إن تطلب الأمر، يمكن رفع هذه الجرعة بعد شهر من العلاج، إلى 10 ملغ في اليوم وفي الجرعة القصوى المشار إليها لعلاج ارتفاع الضغط الشرياني.
إن بلغت أو تجاوزت 65 سنة من العمر، تكون الجرعة الابتدائية في بداية العلاج عبارة عن 2.5 ملغ في اليوم، يمكن رفعها بعد شهر من العلاج، إلى 5 ملغ، ثم إلى 10 ملغ في اليوم إن تطلب الأمر.
القصوى: للضغط، الجرعة الابتدائية في بداية العلاج عبارة عن 2.5 ملغ في اليوم. إن تطلب الأمر، يمكن رفعها بعد أسبوعين من العلاج، إلى 5 ملغ في اليوم وفي الجرعة القصوى الموصى بها لعلاج الضغط الشرياني.

مرض الشريان التاجي: الجرعة الابتدائية في بداية العلاج عبارة عن 5 ملغ في اليوم. يمكن رفعها، بعد أسبوعين من العلاج، إلى 10 ملغ في اليوم وفي الجرعة القصوى المشار إليها في هذه الحالة.
إن بلغت أو تجاوزت 65 سنة من العمر، تكون الجرعة الابتدائية في بداية العلاج عبارة عن 2.5 ملغ في اليوم. يمكن رفعها، بعد أسبوعين من العلاج، إلى 5 ملغ، ثم إلى 10 ملغ في اليوم وفي الجرعة القصوى المشار إليها في هذه الحالة.

الأطفال والمراهقين
لا ينصح باستعمال كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر للأطفال وللمراهقين.
في حالة أخذ كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر أكثر من اللازم
استشر طبيبك أو الصيدلي أو ادفع فوراً إلى المستشفى الأقرب لك. أكثر ما يُحتمل وقوعه في حالة استشرط الجرعة، هو انخفاض ضغط الشرياني، وقد يكون هذا مصحوباً بالدوار أو الإغماء، في هذه الحالة عليك بالتدخل مع رافقك الطبي لأعلى.

في حالة نسيبت أخذ كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر
من المهم جداً عدم الدواء يوماً لن فاعلية العلاج تكمن في انتظامه. في حالة نسيبت أخذ كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر، عليك بالدواء في اليوم التالي.
في حالة التوقف عن أخذ كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر
بشكل عام، إن العلاج بواسطة كوفرسيل 5 ملغ حبات ملبسة قابلة للسكر، علاج طويل الأمد، لذا ينبغي عليك أن تستشير الطبيب قبل التوقف عن أخذه.
إن تسائلت بخصوص استعمال هذا الدواء، عليك بالاستعلام لدى الطبيب أو الصيدلي أو الممرض(ة).

ما هي الآثار الجانبية المحتملة؟
كما هي الحالة مع كافة الأدوية، قد تنتج عن هذا الدواء، آثار جانبية رغم أنها لا تخص كافة الأشخاص.

أولاً: لاحظت حدوث أي من الآثار الجانبية التالية التي قد تكون خطيرة، توقف حالاً عن أخذ كوفرسيل 5 ملغ حبات ملبسة قابلة للسكر واستشرط فوراً طبيبك:
- تضخم في الوجه، في البطن، في الصدر، في القدم، في الساق أو في الحلق، صعوبة في التنفس أو دُملة (وإنما «لحظط واحشيتان»)، (غير شائعة). يمكن أن تحدث خلال 1 من 100 مريضاً.

نما تحتوي على

و الممرض(ة).

أؤه لشخص آخر،



2. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر؟
3. كيف يؤخذ كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر؟
4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة؟
5. كيف يحفظ كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر؟
6. محتوى العبوة ومعلومات إضافية.

1. ما هو كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر وفي أية حالة يُستعمل؟
الفئة العلاجية الصيدلانية: مثبطات خميرة تحويل الأنجيوتنسين (IEC) بدون توليفات.
ATC: C09AA04.
كوفرسيل 5 ملغ حبات ملبسة قابلة للسكر، هو عبارة عن مثبط لخميرة تحويل (IEC). وهو يعمل على توسيع الأوعية الدموية مسبقاً بهذا عمل القلب في ضخ الدم عبرها.

يحتوي كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر:
• على بضع ارتفاع الضغط الشرياني،
• في حالة القصور القلبي (أي في حالة عدم يمكن القلب من ضخ الكمية الكافية من الدم التي يحتاجها الجسم).

• تخفيض خطر التعرض للحوادث القلبية، مثل الذبحة القلبية، لدى المصابين بمرض الشريان التاجي الثابت (جريان الدم الوارد للقلب ضئيل أو محصور) ولدى من أصيبوا من قبل بسكتة قلبية، وأو

لدى من خضعوا لعملية تحسين ضخ الدم للقلب عن طريق توسيع الشرايين التي تمد القلب بالدم.

2. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر؟
لا يجوز على الإطلاق أخذ كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر:

• إذا كانت لديك حساسية من البراندوبريل أو من أحد المكونات الأخرى التي يحتوي عليها هذا الدواء، المذكورة في المقطع 6 من الأدوية الأخرى التابعة لصف مثبطات خميرة تحويل

إن سبق وتعرضت لأعراض مثل الصغير أثناء التنفس، أو تورم في الوجه أو في اللسان، أو في الحنجرة، حكة شديدة، أو طفح جلدي شديد أثناء العلاج بواسطة مثبطات تحويل الأنجيوتنسين (IEC)، أو إن سبق وظهرت هذه الأعراض في أحد من أفراد عائلتك مهما كان السبب (أي ظهور دُملة وعائية).

إذا كنت حامل من أكثر من ثلاثة أشهر (من الأفضل تجنب أخذ كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر في بداية الحمل، أنظري إلى مقطع «الحمل والإرضاع»).

إذا كنت مصابة بداء السكري أو بالفشل الكلوي وتتلقى علاجاً خافضاً لضغط الدم، يحتوي على

الأنجيوتنسين (Talsikren).

إن كنت حاملاً لتصفية الدم أو لديك طريقة أخرى لتصفية الدم، يمكن أن لا يتلائم كوفرسيل مع الآلة المستعملة.

• إن كنت تشكو من قصور كلوي مع انخفاض تدفق الدم إلى الكلي (تضيق في الشريان الكلوي أي الشريان الذي يروي الكلية بالدم).

إذا كنت لا تتلقى أو تتلقى علاجاً بـ ساكوبتريل/فالسارتان، وهو دواء لعلاج قصور القلب نظراً لإمكانية حدوث الوذمة الوعائية (تورم سريع تحت الجلد في منطقة الكاحل) (راجع قسمي «محذيرات واحتياطات» و «الأدوية الأخرى وكوفرسيل»).

تحذيرات واحتياطات
استشر طبيبك أو الصيدلي أو الممرض(ة) قبل أخذ كوفرسيل 5 ملغ، حبات ملبسة قابلة للسكر:

• إن كان لك تضيق أبهر (أو تضيق في الشريان الرئيسي الذي يروي للقلب، أو تضيق في عضلة القلب (أي إعتلال في عضلة القلب) أو تضيق في الشريان الكلوي (أي الشريان الذي يروي الكلية بالدم)).

• إن كنت تشكو من غلظ قلب أخير.

• إن كنت تشكو من مرض في الكلى.

• إن كنت تشكو من عدم كفاي أو إن كنت خاضع لتصفية الدم.

• إن كنت تشكو من ارتفاع معدل هرمون الدوستيرون في الدم، بشكل غير طبيعي (ألدوستيرونية الأولية).

• إن كنت تشكو من داء كولاجيني (إعتلال في النسيج الضام)، مثل ذأب ضامّي أو تصبّ جلدي،

• إن كنت مصابة بداء السكري.

• إن كنت خاضعة لحمية منخفضة الملح أو تستعمل دواءً بديلاً عن الملح تحت العلاج في الواسيوم.

• إن كنت سوف تخضع لعملية تخدير طبي وأو سوف تقوم بعملية جراحية هامة.

• إن كنت سوف تقوم بالسحب الالي للبروتين الضمني المنخفض الكثافة (LDL) (أي عملية آتية

لرجع الألامر، عدم الداء).



ORDONNANCE

19/04/23

M. KACI Mohamed

vis control ag: 6900, Ex: kologip

30'00: TA: 16/00/23 200
fe: 70/00

~~on pto dtp~~ on rep

30'00: TA: 16/00/23
kologip 16/00/23

30'00: PUA 16/00/23
16/00/23 16/00/23
16/00/23 16/00/23

16/00/23

21 months

21 months

21 months

ABTS = for IP-UR +++ (patient
and me)

= sport habits + convey

= switcher for better

96 x 2. 3; arab.

6 ght (attends pupils
stents S-UR (15)

at first lower level

6 ght of 6 specimens

part of 10 8

21 months

21 months

DR. Amal Moukhiiss
CARDIOLOGUE
Bd Mohamed Bouziane Residence Blvd Lhrit
N° 101 Et Etage Sidi Othmane - Coordonance
05 2212 03 38

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 9264 / 2023 du 19/04/2023

Nom patient **KAHLI ABDERRAHIM**
PAYANT

Entrée 19/04/2023

Sortie 19/04/2023

CONSULTATION CARDIOL

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION CARDIOLOGUE+ETT	1,00		1 300,00	1 300,00
			Sous-Total	1 300,00
Total Clinique				1 300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	1 300,00
MILLE TROIS CENTS DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 40 à 49 (LG)
Fax : 05 22 25 00 01

ID:
D-nat:
ans:

TA: 156/94

19-Avr-2023 14:18:21

Fréq. Card. 70 BPM
Int PR * ms
Dur. QRS 157 ms
QT/QTc 430/451 ms
Axes P-R-T * 92 63

FLUTTER ATRIAL/TACHYCARDIE AVEC CONDUCTION ABERRANTE OU ESV
DEVIATION MODEREE AXIALE DROITE DE QRS [AXE QRS > 90]
TROUBLE DE CONDUCTION INTRAVENTRICULAIRE [QRS DE 130+ ms]
INFARCTUS LATERAL (ONDE Q DE NECROSE DE 40 ms EN DI/aVL/V5/V6), PROBABLEMENT RECENT
IDM AIGU
INTERPRETATION BASEE PAR DEFAUT POUR PATIENT AGE DE 40 ANNEE

Revu par -----

