

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 055619

ND: 36071

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3086 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMEDDINE BRICA VOUGUE LITANA

Date de naissance : 1943

Adresse : HAJ NGY ABDELCAH Rte 185 n° 23 CASI

Tél. : 0661593481 Total des frais engagés : 1051,90 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 : 10/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																
				<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
	00000000	00000000	00000000	00000000																
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin de																	

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-376386	
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		



W18-376386

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle			
Nom & Prénom <u>HAMEDJINE BEKA</u>		<u>VEUVE LITAMA</u> Fonctio : <u>SANS</u> Phones <u>0688-34-80-94</u> Mail			
Fonction :					
Date					
Date 1ère visite					
MEDECIN	Prénom du patient				
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date			
Nature de la maladie		Date 1ère visite			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires			
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					
PHARMACIE	Date				
Montant de la facture					
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires				
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM			
		IV			
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					

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												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G			Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
G																
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis													
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de													

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-376385	
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		



W18-376385

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 3086
Nom & Prénom HAMMEDING BRIKA VEUVE LITANA		
Fonction :	Phones	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient HAMEDANE BRIKA LITANA	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 20.07.2020
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
Epi fastrolg + Gbipiteu		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C2	-	20086
PHARMACIE	Date 20/07/2020	
Montant de la facture	858, 50	
الصيدلية العائلية هشام فاخر حي مولاي عبد الله زقاق 187 رقم 15 عين النفق - الهاتف: 05 22 21 83 15 INPE : 092028166		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Docteur M'hamed BENNIS

MEDECINE GENERALE

Echographie

**Expert assermenté près les Tribunaux
Ex - Médecin Militaire**

Sur Rendez - vous



الدكتور محمد بنيس

الطب العام

الفحص بالصدى

**خبير محلف لدى المحاكم
طبيب عسكري سابقا**

الزيارة بالموعد

Casablanca, le **20/07/2020** في الدار البيضاء

Madame HAMEDDINE BRIKA

1/ RAZON 40 CP

1 cp après le repas le soir

2/ MAALOX SACHET

1 sachet après le repas matin, midi et soir

3/ PERIDYS susp buv

1 c à s avant le repas matin, midi et soir

4/ LIBRAX Cps

1 cp après le repas matin et soir

5/ KALMAGAS CP

1 cp 3x/j avant

6/ COVERSYL 10MG CP x 3

1 cp après le repas le matin

قرنه
لعم
28

LOT: 604

PER: 10/28

PPV: 180.00 DH

05 22 21 13 07 / 05 22 21 57 23
INPE: 0920281
15 05 22 21 13 07 / 05 22 21 57 23
الطبيب العام
الدار البيضاء

= traitement de 03 (Ans)
keef

الدكتور محمد بنيس محلف لدى المحاكم
شارع 2 مارس - الدار البيضاء
الهاتف: 0522 211 307 - 0522 211 307

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
MAALOX 460 mg sachets
Bte de 20
P.P.V 32.00 DH
6 118001 082148

LOT: 20E003
PER: 01/2022
PERIDYS 1MG/ML
SUSP BUV F200ML
P.P.V: 37DH10
6 118000 011255



Gouttes buvables
Voie orale

KALMAGAS®

Comprimés et Gouttes buvables



Comprimé
Voie orale

FORME ET PRESENTATION :

Comprimé, boîte de 30 comprimés et boîte de 60 comprimés.
Gouttes buvables, flacon de 30ml.

COMPOSITION :

- Comprimé: Charbon actif naturel de tourbe; Huile essentielle de Fenouil (*Foeniculum vulgare*); Cellulose, phosphate mono calcique, sucrose, antiagglutinant, calcium, amidon, gomme arabique, polyvinylpyrrolidone, ma...
- Gouttes buvables: extraits secs de Fenouil (*Foeniculum vulgare*), de Carvi (*Carum carvi*), huile essentielle de menthe poivrée, déminéralisée, Glycérol, conservateur naturel: sorbate de potassium.

Lot: 200025

A consommer de préférence avant le 01/2025

PPC: 79,90 DH

KALMAGAS®

PROPRIETES :

- **KALMAGAS® comprimé** est un produit naturel à base de charbon végétal.
 - Charbon végétal (dérivé de la tourbe) à grande capacité d'absorption de gaz intestinaux ce qui permet de soulager les patients ballonnés et de faciliter la digestion.
 - Huiles essentielles de Menthe et de Fenouil qui renforcent l'action du charbon végétal pour éliminer les gaz intestinaux et luttent contre les spasmes, procurant ainsi plus de confort intestinal.
- **KALMAGAS® gouttes buvables** associe des actifs naturels pour le confort intestinal:
 - Fenouil et Carvi reconnus pour éliminer les gaz intestinaux et les ballonnements.
 - Menthe poivrée et Camomille pour lutter contre les spasmes.

UTILISATIONS :

- **KALMAGAS® comprimé** est recommandé chez l'adulte en cas de ballonnement intestinal, de digestion difficile et de Troubles Fonctionnels Intestinaux (TFI).
- **KALMAGAS® gouttes buvables**, à usage pédiatrique est recommandé chez le nourrisson et l'enfant en cas de coliques, de ballonnement ou de crampes abdominales.

CONSEILS D'UTILISATION :

- **KALMAGAS® comprimé:**
 - 1 à 2 comprimés 2 fois par jour, avec un verre d'eau avant les principaux repas.
 - Il est recommandé de prendre **KALMAGAS®** comprimé à distance des médicaments.
- **KALMAGAS® gouttes buvables:**
 - de 0 à 6 mois : 5 à 10 gouttes 1 fois par jour.
 - de 6 à 12 mois : 10 à 15 gouttes 1 fois par jour.
 - de 1 à 3 ans : 15 à 20 gouttes 1 fois par jour.
 - de 3 à 12 ans : 20 à 30 gouttes 1 fois par jour.

Les doses peuvent être augmentées en toute sécurité selon les besoins.

- À utiliser en complément d'une alimentation variée.
- Tenir hors de portée des jeunes enfants.
- Conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament .

Fabriqué par Pharmalife Research Italie

Importé au Maroc par THERAPHARM

Autorisation ministère de santé n°: DA 20150606090 DMP/21RQv2 - DA 20131305138 DMP/21v1

Autorisation sanitaire ONSSA n°: ES.5.230.16

Pharmalife
RESEARCH

Pharmalife Research srl - Lecco - Fabriqué en Italie

8023DEP/87460DEP/MAR010

Librax®

Pour le traitement des symptômes intestinaux et génito-urinaires dûs à l'anxiété et à la tension psychique.

Composition :

5 mg de chlórdiazépoxide : 7-chloro-2-méthylamino-5-phényl-3H-1,4-benzodiazépine-4-oxyde et 2,5 mg de bromure de clidinium : bromure de 1-méthyl 3-benzoyloxyquinuclidinium par dragée.

1 dragée contient 279 mg de glucides, correspondant à 406 K.J.

Propriétés :

Le chlórdiazépoxide et le bromure de clidinium agissent sur les troubles fonctionnels au niveau du tube digestif. Le chlórdiazépoxide, benzodiazépine, agit comme un sédatif et myorelaxant. Son emploi est de manière causale ou secondaire. Le bromure de clidinium est un antispasmodique qui agit sur la musculature lisse et inhibe l'action de l'acétylcholine, ce qui permet une action à la fois centrale et périphérique lors de troubles fonctionnels sur le tube digestif et urinaires. Dans de tels cas, elle agit de manière végétative.

Pharmacocinétique :

Après prise orale, le chlórdiazépoxide est en majeure partie sous forme inchangée. La concentration maximale est atteinte en 1 à 2 heures. A l'état d'équilibre le volume de distribution est de 10-15 l/kg. Le poids corporel. La liaison aux protéines plasmatiques est de 93-97 %. La substance est inchangée ainsi que le desméthylchlórdiazépoxide, principal métabolite pharmacologiquement actif, traversent rapidement les barrières hémato-encéphaliques et placentaires; ils passent également en petites quantités dans le lait maternel.

La demi-vie plasmatique du chlórdiazépoxide est de 15 minutes environ pendant la phase de distribution et de dix heures environ pendant la phase d'élimination. La clairance plasmatique totale est de l'ordre de 0,3-0,5 ml/min/kg. Moins de 1% d'une dose orale est retrouvée dans l'urine sous forme de chlórdiazépoxide inchangé. La désalkylation et l'hydroxylation hépatique du chlórdiazépoxide donnent naissance aux métabolites suivants, pharmacologiquement actifs : desméthylchlórdiazépoxide, démoxépam, desméthylclonazépam. Le démoxépam et le desméthylclonazépam sont éliminés sous forme de conjugués inactifs de l'acide glucuronique. Lors d'administration répétée, l'état d'équilibre du chlórdiazépoxide inchangé s'installe en l'espace de trois jours, tandis que les métabolites s'accumulent beaucoup plus lentement.

Le bromure de clidinium est absorbé en majeure partie sous forme inchangée dans l'intestin grêle, puis rapidement hydrolysé dans le foie en dérivé alcoolique comportant une amine quaternaire. Ce dérivé est éliminé dans l'urine et est également retrouvé dans les fèces au côté du bromure de clidinium inchangé. Une faible partie de la dose orale est soumise sous forme inchangée à une circulation entéro-hépatique. L'élimination dans l'urine s'effectue en deux phases, avec des demi-vies de respectivement 1½ et 20 heures en moyenne.

Indications :

Manifestations de l'anxiété s'accompagnant de troubles fonctionnels digestifs à composante spasmodique.

Posologie habituelle :

3-4 dragées par jour. Prendre le médicament de préférence une demi-heure avant les repas avec du liquide.

Directives posologiques particulières :

Patients âgés et faibles : commencer par 1-2 dragées par jour, puis augmenter peu à peu la posologie jusqu'à la dose optimale, efficace et tolérée.

Enfants : 1-2 dragées par jour, selon l'âge et l'affection à traiter. Les dragées peuvent être avalées entières ou écrasées, avec du liquide.

LOT:20009 PER:01/2023
PPU: 21,00 DH

Fabriqué sous licence **Meda**
par les laboratoires **Steripharma**
Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

كوفرسيل® 10 ملغ

بيرواندوبريل أرجنين ، حبات ملبسة

• الأدوية المستخدمة في علاج استئصال الضغط الشرياني، أو في علاج الزم، أو في علاج الربو

(المستخدمين أو نوربانين أو أديتالين)،

• العلاج الدوائية وخاصة الحقنة عبر الوريد (المستعملة في علاج أعراض التهاب اللغلاف

الروماتويدي).

كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة مع الطعام والشراب

يستخدم أخذ كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة قبل وجبة الطعام.

الحمل والرضاعة

إذا كنت حاملاً أو مرضعاً، أو تعتقدن بأنك حامل أو تخططين للإحباب، عليك باستشارة الطبيب

أو الصيدلاني قبل تعاطي هذا الدواء.

الحمل

من الموصىب أن تعلمي عليك إن كنت تظنين بأنك حامل (أو إن كنت تتوقعين الحمل).

قد يطلب منك طبيبك التوقف عن أخذ كوفرسيل 10 ملغ حبات ملبسة قبل وقوع الحمل أو بمجرد

ظهوره. كما سيصح لك دواء آخر بدلاً من كوفرسيل 10 ملغ حبات ملبسة.

لا ينصح بأخذ كوفرسيل 10 ملغ حبات ملبسة في بداية الحمل، كما يُحظر إعطاء طفلياً بعد الشهر

الثالث من الحمل، حيث أنه يُشكل خطراً على الجنين.

الرضاعة

اعلمي عليك إن كنت ترضعين (أو على وشك الإرضاع).

لا يجوز استعمال كوفرسيل 10 ملغ حبات ملبسة لدى المرأة المرضع. فإن كنت مصرة على (إرضاع،

فسوف يختار لك طبيبك علاجاً آخر، وخاصة إن كان مطلقك حديث الولادة أو إن كانت ولادته

مبكراً.

قيادة السيارات واستعمال الآليات

إن كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة لا يؤثر على اليقظة، لكن قد يظهر لدى بعض المرضى إحساس

بالدوار أو بالغث نتيجة انخفاض الضغط الشرياني. لذا فقد تنقص القدرة على قيادة السيارات

أو العمل على الآلات.

البشرة قبل أن تأخذ هذا الدواء. لأنها تحتوي على

قد تحتاجها لتستند إليها من جديد.

نرى اسأل الطبيب أو الصيدلاني أو

لإطلاعاً إعطاؤه لشخص

لحلق به الضرر.

بسبب أو الصيدلاني أو

جميع الآثار الجانبية الغير الدلي بها

ماهي الآثار الجانبية المحتملة؟ (

م، حبات ملبسة وفي أية حالة يُستعمل؟

3. كيف يؤخذ كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة ؟

4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة ؟

5. كيف يُحفظ كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة ؟

6. محتويات العبوة ومعلومات إضافية.

167.30

كوفرسيل® 10 ملغ

بيرواندوبريل أرجنين ، حبات ملبسة

• الأدوية المستخدمة في علاج استئصال الضغط الشرياني، أو في علاج الزم، أو في علاج الربو

(المستخدمين أو نوربانين أو أديتالين)،

• العلاج الدوائية وخاصة الحقنة عبر الوريد (المستعملة في علاج أعراض التهاب اللغلاف

الروماتويدي).

كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة مع الطعام والشراب

يستخدم أخذ كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة قبل وجبة الطعام.

الحمل والرضاعة

إذا كنت حاملاً أو مرضعاً، أو تعتقدن بأنك حامل أو تخططين للإحباب، عليك باستشارة الطبيب

أو الصيدلاني قبل تعاطي هذا الدواء.

الحمل

من الموصىب أن تعلمي عليك إن كنت تظنين بأنك حامل (أو إن كنت تتوقعين الحمل).

قد يطلب منك طبيبك التوقف عن أخذ كوفرسيل 10 ملغ حبات ملبسة قبل وقوع الحمل أو بمجرد

ظهوره. كما سيصح لك دواء آخر بدلاً من كوفرسيل 10 ملغ حبات ملبسة.

لا ينصح بأخذ كوفرسيل 10 ملغ حبات ملبسة في بداية الحمل، كما يُحظر إعطاء طفلياً بعد الشهر

الثالث من الحمل، حيث أنه يُشكل خطراً على الجنين.

الرضاعة

اعلمي عليك إن كنت ترضعين (أو على وشك الإرضاع).

لا يجوز استعمال كوفرسيل 10 ملغ حبات ملبسة لدى المرأة المرضع. فإن كنت مصرة على (إرضاع،

فسوف يختار لك طبيبك علاجاً آخر، وخاصة إن كان مطلقك حديث الولادة أو إن كانت ولادته

مبكراً.

قيادة السيارات واستعمال الآليات

إن كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة لا يؤثر على اليقظة، لكن قد يظهر لدى بعض المرضى إحساس

بالدوار أو بالغث نتيجة انخفاض الضغط الشرياني. لذا فقد تنقص القدرة على قيادة السيارات

أو العمل على الآلات.

البشرة قبل أن تأخذ هذا الدواء. لأنها تحتوي على

قد تحتاجها لتستند إليها من جديد.

نرى اسأل الطبيب أو الصيدلاني أو

لإطلاعاً إعطاؤه لشخص

لحلق به الضرر.

بسبب أو الصيدلاني أو

جميع الآثار الجانبية الغير الدلي بها

ماهي الآثار الجانبية المحتملة؟ (

م، حبات ملبسة وفي أية حالة يُستعمل؟

3. كيف يؤخذ كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة ؟

4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة ؟

5. كيف يُحفظ كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة ؟

6. محتويات العبوة ومعلومات إضافية.

167.30

كوفرسيل® 10 ملغ

بيرواندوبريل أرجنين ، حبات ملبسة

• الأدوية المستخدمة في علاج استئصال الضغط الشرياني، أو في علاج الزم، أو في علاج الربو

(المستخدمين أو نوربانين أو أديتالين)،

• العلاج الدوائية وخاصة الحقنة عبر الوريد (الاستمالة في علاج أمراض التهاب اللغلاف

الروماتويدي).

كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة مع الطعام والشراب

يستحسن أخذ كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة قبل وجبة الطعام.

الحمل والرضاعة

إذا كنت حاملاً أو مرضعاً، أو تعتقدن بأنك حامل أو تخططين للإحباب، عليك باستشارة الطبيب

أو الصيدلاني قبل تعاطي هذا الدواء.

الحمل

من الموصىب أن تعلمي عليك إن كنت تظنين بأنك حامل (أو إن كنت تتوقعين الحمل).

قد يطلب منك طبيبك التوقف عن أخذ كوفرسيل 10 ملغ حبات ملبسة قبل وقوع الحمل أو بمجرد

ظهوره. كما يستحسن لك دورة آخر بدلاً من كوفرسيل 10 ملغ حبات ملبسة.

لا ينصح بأخذ كوفرسيل 10 ملغ حبات ملبسة في بداية الحمل، كما يُحظر إعطاء طفلياً بعد الشهر

الثالث من الحمل، حيث أنه يُشكل خطراً على الجنين.

الرضاعة

اعلمي عليك إن كنت ترضعين (أو على وشك الإرضاع).

لا يجوز استعمال كوفرسيل 10 ملغ حبات ملبسة لدى المرأة المرضع. فإن كنت مصرة على (إرضاع،

فسوف يختار لك طبيبك علاجاً آخر، وخاصة إن كان مطلقك حديث الولادة أو إن كانت ولادته

مبكراً.

قيادة السيارات واستعمال الآليات

إن كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة لا يؤثر على اليقظة، لكن قد يظهر لدى بعض المرضى إحساس

بالدوار أو بالغث نتيجة انخفاض الضغط الشرياني. لذا فقد تنقص القدرة على قيادة السيارات

أو العمل على الآلات.

البشرة قبل أن تأخذ هذا الدواء. لأنها تحتوي على

قد تحتاجها لتستند إليها من جديد.

نرى اسأل الطبيب أو الصيدلاني أو

لإطلاعاً إعطاؤه لشخص

لحلق به الضرر.

بسبب أو الصيدلاني أو

جميع الآثار الجانبية الغير الدلي بها

ماهي الآثار الجانبية المحتملة؟ (

م، حبات ملبسة وفي أية حالة يستعمل؟

3. كيف يؤخذ كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة ؟

4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة ؟

5. كيف يُحفظ كوفرسيل 10 ملغ، حبات ملبسة ؟

6. محتويات العبوة ومعلومات إضافية.

167.30