

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.

Educateur :

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.

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° M21- 0057936

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10320 Société : RAN 26995

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Chahour YASSINE

Date de naissance : 18/02/1962

Adresse :

Tél. 06 954 54 54 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-057936

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

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

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

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

POUR L'ADHERENT

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

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

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

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

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM
SEJOUR EN MAISON DE REPOS
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances, ou actes
globaux comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

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



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

Concilié

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 860161

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CHAHOUR YASSINE
Matricule : 10320 Fonction : chef de poste Poste :
Adresse : 180 Rue Oued Belou Agout 14 Agout
Tél. : 0685155151 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : CHAHOUR YASSINE Age : 08 07 79
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie :
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :
A : le : / Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 860161
Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé :
Nombre de pièces jointes :
MUPRAS

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
16.06.21	CS E2h9 FC	500 DH 200 DH 700 DH		Dr. Youssef El Moudjahid Chirurgien Urologue Tél: 06 75 51 80 75 CLINIQUE AL MASSIRA 3, rue MORIT - Casablanca Tél: 05 22 39 40 41 Fax: 05 22 30 14 95

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Al Massira Docteur en Pharmacie 29 Av. Oued Sebou - El Oudja Tél / Fax : 05 22 90 53 46 CASABLANCA CE: 100154148000057	14/06/21	126,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANT DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</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 colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		D 00000000	00000000	G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																					
	25533412	21433552																				
	D 00000000	00000000	G																			
	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
	B																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS																		
				DATE DU DEVIS																		
				DATE DE L'EXECUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Clinique Al Massira

مصلحة المسيرة

CLINIQUE AL MASSIRA

Dr Chhab Yassin

AMM N° 528/17DMP/21/NRQ/R1

N° Lot:

OTJ509

Fab:

02/2020

Per:

02/2023

P.P.V. 51.40 MAD

① Diver 25r

51,40 18 1124



②

I res 25r
18 1124

75,00
126,40

LOT : M0468
PER : 02/2023
PPV : 75,00 DH

PHARMACIE AL OUAED
S. CHALAK Haj Nassar
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oued Sebou - El Oufra
Tél : 05 22 90 53 45
Fax : 05 22 90 53 45
CASABLANCA

Dr. Youcef Id Mhammed
Chirurgien Urologue
Tél : 05 75 51 80 75

2 14-8-21



إنيزو

إزومييرازول

Deva
Pharmaceuticals

الرجاء قراءة النشرة كاملة وبعناية قبل البدء بتناول الدواء.
- إذا كان لديك إستفسار آخر أو شك أطلب المزيد من المعلومات إلى طبيبك أو الصيدلي.
- وصف هذا الدواء لك شخصيا. لا تعطه إلى أي شخص آخر حتى ولو كان لديه نفس الأعراض التي لديك لأنه من الممكن أن يضر به.
- إذا أصبحت بعض الآثار الجانبية خطيرة أو لاحظت آثار جانبية لم يتم ذكرها في هذه النشرة فارجو إخبار الطبيب أو الصيدلي.

التركيب:

- إنيزو 40 ملغ:
- إزومييرازول 40 ملغ.
- إنيزو 20 ملغ:
- إزومييرازول 20 ملغ.
- السواغ: الكمية الكافية ل: كبسولة واحدة مقاومة للمصارة العدية.
- سواغ ذو تأثير ملوهم : ساكاروز

دواعي استعمال الدواء:

يستخدم إنيزو 20 ملغ في:

بالنسبة للكبار والشباب الذين تفوق أعمارهم 12 سنة:

- التراجع المعدي المريئي (RGO) عندما يعود حمض المعدة إلى المريء ويسبب في الألم والإنتهاب والحرق.
- قرحة المعدة أو الإثني عشر في حالة التعفن بواسطة بكتيريا تسمى هيليكوباكتر بيلوري.
- إذا كانت تطبق عليك هذه الحالة، قد يصف لك الطبيب أيضا مضادات حيوية لعلاج هذا التعفن وتمكين إلتام القرحة.

بالنسبة للكبار:

- علاج قرحة المعدة الناتجة عن تناول مضادات الإنتهاب الغير ستيرويدية (AINS) والوقاية منها.
- وجود فائض في الحمض داخل المعدة بسبب متلازمة زولينجر إيليسون.

يستخدم إنيزو 40 ملغ في:

- علاج إنتهاب المريء الفألكي بسبب التراجع عندما يعود حمض المعدة إلى المريء ويسبب في الألم والإنتهاب والحرق.
- وجود فائض في الحمض داخل المعدة بسبب متلازمة زولينجر إيليسون.

موانع استعمال الدواء:

من المهم جدا أن تخبر طبيبك إذا كنت تتناول أدوية أخرى، حتى تلك التي تحصل عليها دون وصفة طبية.

لا تتناول أبدا هذا الدواء في الحالات التالية إذا:

- كنت تعاني من حساسية مفرطة للإزومييرازول أو لأي من مكونات هذا المستحضر.
- كنت تعاني من حساسية مفرطة لأي من مثبطات مضخة البروتون.
- كنت تتناول دواء يحتوي على مادة ثيلينافير أو أتازانافير (المستخدم في علاج فيروس نقص المناعة المكتسبة).

تأكد من الطبيب قبل تناول إنيزو إذا:

- كنت تعاني من مشاكل بالكبد أو الكلى.
- إذا كنت تعاني من نقص في الوزن بدون سبب أو كنت تعاني من مشاكل أثناء البلع.
- إذا كنت تعاني من ألم بالمعدة أو سوء الهضم.
- إذا كنت تعاني من قى الطعام أو الدم.
- إذا لاحظت أن البراز له لون أسود (براز مصبوغ بالدم).

ما هي التأثيرات الجانبية الشائعة لهذا الدواء ؟

- مثل كل الأدوية يمكن أن يسبب هذا الدواء آثار جانبية قد لا تؤثر على جميع المستعملين. إذا لاحظت أي من هذه الآثار الجانبية الخطيرة، توقف عن تناول هذا الدواء واتصل فوراً بالطبيب:
- حدوث صغير مفاجئ، تورم في الشفتين أو اللسان أو الحلق أو الجسم، طفح جلدي، صعوبة في البلع فقدان الوعي (رد فعل تحسسي حاد).
- إصرار جلدي مع ظهور فقاعات أو تقشير. في بعض الأحيان يمكن أن تكون الفقاعات كبيرة ومصحوبة بنزيف في الشفتين أو العين أو الفم أو الأنف أو الأعضاء التناسلية. من

الممكن أن تكون هذه متلازمة إستيفنسون جونس أو تخرب سام في الجلد.
- اليرقان، البول الداكن والتعب قد تكون أعراض لمرض بالكبد.
هذه الآثار نادرة وتم ملاحظتها لدى أقل من واحد على 1000 شخص.

الآثار الجانبية الأخرى:

آثار جانبية شائعة (تصيب إلى غاية شخص واحد من 10):

صداع، إسهال، ألم بالمعدة، إمساك، إنتفاخ، شعور بالغثاين والقيء.
آثار جانبية غير شائعة (تصيب إلى غاية شخص واحد من 100):
تورم بالقدمين والكاحلين، آرق، غثاين، تمثيل، غثاس، دوام، دوخة، جفاف الفم، زيادة أنزيمات الكبد في الدم، طفح جلدي أو حكة بالجلد، كسر في العروق، المعصم أو المفاصل (إذا تم استعمال إزومييرازول 40 ملغ، بجرعات عالية ولفترة طويلة).

آثار جانبية نادرة (تصيب إلى غاية شخص واحد من 1000):

إضطرابات بالدم مثل نقص في كريات الدم البيضاء أو الصفائح الدموية، إنخفاض نسبة الصوديوم بالدم مما يسبب شعور بالوهن أو القيء أو تشنج العضلات، شعور بالإنتفال أو تشوش أو إكتئاب، إضطرابات بصرية مثل عدم وضوح الرؤية، إضطرابات بالتذوق، صعوبة في التنفس نتيجة ضيق بالشعب الهوائية، إنتهابات بالغشاء المبطن للفم، عدوى بالمعدة نتيجة الفطريات، مشاكل بالكبد، تساقط الشعر (ثعلبية)، حساسية بالجلد عند التعرض للضوء، ألم بالمفاصل أو العضلات، شعور بالوهن والتعب، الزيادة في التعرق.

آثار جانبية نادرة جداً (تصيب إلى غاية شخص واحد من 10000):

تغير في عدد خلايا الدم بما في ذلك ندره الحبيبات (نقص الكريات البيضاء)، ميول عدوانية، هلوسة بصرية أو حسية، مشاكل بالكبد أو الكلى، ظهور مفاجئ لطفح جلدي حاد، فقاعات، تقشر قد تترافق مع جمل أو ألم في المفاصل (متلازمة إستيفنسون جونس متلازمة لايل)، وهن بالعضلات، تئدي لدى الرجال.

آثار جانبية ذات تواتر غير معروف:

إذا كنت تتناول إزومييرازول 40 ملغ منذ أكثر من ثلاثة أشهر من المحتمل أن تنخفض نسبة المغنيزيوم في الدم. يمكن أن تؤدي نسبة المغنيزيوم المنخفضة إلى تعب، تقلصات عضلية لا إرادية، دوام، إختلاجات، دوخة، تسارع نبضات القلب.
إذا واجهت أي من هذه الأعراض، أخبر طبيبك فوراً. يمكن أيضا أن تؤدي نسبة المغنيزيوم المنخفضة إلى إنخفاض مستويات البوتاسيوم أو الكالسيوم في الدم. قد يقرر طبيبك إجراء فحوصات الدم بشكل منتظم لرصد مستويات المغنيزيوم الخاص بك.
إنتهاب الأمعاء (يسبب الإسهال).

لا تقلق من هذه الأعراض الجانبية فمن الممكن ألا تشعر بأي منها.
لأخبر طبيبك أو الصيدلي عن أي أثر غير مرغوب فيه أو مزعج غير وارد في هذه النشرة.

الجرعة بالنسبة لإنيزو 20 ملغ:

سيخبرك طبيبك عن عدد الكبسولات التي ينبغي تناولها ومدة العلاج. وهذا يعتمد على حالتك الصحية وعمر وظيفة الكبد.

الجرعة المعتادة مذكورة أسفله:

علاج أعراض التراجع المعدي المريئي (الحرقة وصعود الحمض).
بالنسبة للبالغين والأطفال إنطلاقاً من 12 سنة.

- إذا شخص طبيبك إنتهاب المريء، تتمثل الجرعة المعتادة في 40 ملغ مرة واحدة يوميا لمدة 4 أسابيع. ولدى بعض المرضى قد يستلزم العلاج 4 أسابيع إضافية للشفاء الكامل.
- الجرعة المعتادة بعد إندمال المريء، هي 20 ملغ مرة واحدة يوميا.
- إذا كان المريء، لا يعاني من أي إنتهاب، تتمثل الجرعة المعتادة في 20 ملغ مرة واحدة يوميا. وبعد التحكم في الأعراض، قد ينصحك طبيبك بتناول كبسولة واحدة من إنيزو 20 ملغ مرة واحدة في اليوم، حسب إحتياجاتك.
- في حالة الإصابة بجرثومة الإثني عشر المسماة هيليكوباكتر بيلوري علاج قرحة الإثني عشر، والوقاية من إنتكاسة قرحة المعدة أو الإثني عشر:
- للبالغين والشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 12 عاما فأكثر: الجرعة المعتادة هي كبسولة واحدة إنيزو 20 ملغ مرتين يوميا لمدة أسبوع. سوف يخبرك الطبيب بأن تتناول مضاد حيوي مثل أموكسيسيل أو كلاريثروميسين.

لعلاج قرح المعدة الناتجة عن تناول مضادات الإنتهاب الغير ستيرويدية:

- للبالغين من 18 سنة فأكثر: الجرعة المعتادة هي كبسولة واحدة إنيزو 20 ملغ مرة واحدة يوميا لمدة 4 إلى 8 أسابيع.

لمنع حدوث قرح بالمعدة أثناء تناول مضادات الإنتهاب الغير ستيرويدية:

- للبالغين أكثر من 18 سنة: الجرعة المعتادة هي كبسولة واحدة إنيزو 20 ملغ مرة واحدة يوميا، لمدة 4 إلى 8 أسابيع.

الجرعة بالنسبة لإنيزو 40 ملغ في:

علاج أعراض التراجع المعدي المريئي (الحرقة وصعود الحمض)

بالنسبة للبالغين والأطفال أكثر من 12 سنة:

- إذا شخص طبيبك إنتهاب المريء، تتمثل الجرعة المعتادة في 40 ملغ مرة واحدة يوميا لمدة 4 أسابيع. ولدى بعض المرضى، قد يستلزم العلاج 4 أسابيع إضافية للشفاء الكامل.
- إذا كنت تعاني من مرض حاد في الكبد، سيصف لك الطبيب جرعة أقل.

لعلاج زيادة الحمض في المعدة و الناتج عن زيادة نمو البكتيراس (متلازمة زولينجر- إيليسون):

- للبالغين من 18 سنة فأكثر: الجرعة المعتادة هي كبسولة واحدة إنيزو 40 ملغ مرتين يوميا: سوف يقوم الطبيب بتحديد الجرعة و فترة العلاج بناء على حالتك. أقصى جرعة هي 80 ملغ مرتين يوميا.

في حالة إستخدام إنيزو كعلاج طويل المدى للوقاية من إعادة حدوث نزيف للقرح بعد استخدام الإزومييرازول عن طريق الحقن الوريدي:

- للبالغين من 18 سنة فأكثر: الجرعة المعتادة هي كبسولة واحدة إنيزو 40 ملغ مرة يوميا لمدة 4 أسابيع.

التصرف في حالة الجرعة الزائدة:

في حالة تناول جرعة أكبر من الموصوفة، يجب إستشارة الطبيب أو الصيدلي في الحال.

في حالة النسيان:

إذا نسييت تناول جرعة ما، إعمل على تناولها حالما تذكرها، لكن إذا حان وقت الجرعة التالية، فلا تتناول الجرعة التي نسييتها وواصل العلاج بطريقة عادية.

تداخل الدواء مع الأدوية الأخرى:

يجب أن تتناول إنيزو إذا كنت تأخذ نيليفينايفر (التي تستخدم لعلاج فيروس نقص المناعة المكتسبة).

أخبر الطبيب إذا كنت تتناول أدوية تحتوي على المواد الأتية:

- أتازانافير.
- أرونوتيب.
- كيتلاكازول، إيتراكوزانول، فوريكوزانول.
- سيتالوبرام، لهيررامين، كلوميبرامين.
- ديازيبام.
- فينيتوين.
- في هذه الحالة يجب أن يتم تناول الدواء تحت ملاحظة الطبيب.
- الأورغارين، في هذه الحالة يجب أن يتم تناول الدواء تحت ملاحظة الطبيب.
- سيسابريد، ديفوكسين، ريفاميسين، أرولتيب، مطوكرسات، ميلبيرتوس.
- سيلوستازول، يجب أن تقل جرعة سيلوستازول من 100 ملغ مرتين يوميا إلى 50 ملغ مرتين يوميا.

يجب أن تخبر طبيبك أو الصيدلي عن أي دواء تتناوله حتى لو تعلق الأمر بأدوية دون وصفة طبية.

التفاعل مع الأطعمة والأشربة:

يؤخذ إنيزو أثناء أو خارج الوجبات.

الحمل والرضاعة:

إذا كنت حاملا، أو يحتمل أن تكوني كذلك، أو إذا كنت ترضعين، أخبري طبيبك قبل تناول إنيزو.

ما هي الإحتياطات التي يجب مراعاتها لدى إستعمال هذا الدواء؟

- لا ينصح بتناول إنيزو لدى الأطفال أقل من 12 سنة.
- في حالة استخدام هذا الدواء لفترة طويلة، قد يتطلب ذلك متابعة الطبيب لحالتك خاصة إذا تم استخدامه لفترة أكثر من عام كامل.

تخزين الدواء

- لا تستخدم إنيزو بعد تاريخ إنتهاء الصلاحية.
- يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.
- يحفظ في علبة الأصلية في مكان جاف.
- يحفظ في درجة حرارة لا تزيد عن 30 درجة مئوية.

IMPRIMEPEL 07/18



مختبرات ديفا للصيدلة
ج. واجدي صيدلي مسؤول

147-148 شارع الصفاة بـ الرياض

M Chahar Youssef

Edygraphie oral et écrit, pathologie.

- Dans le dimensionnement normal et articulé, réguliers avec bonne différenciation écrite, sensible.
- Bon index cortical oral.
- Diction normale psychocentrique droite.
- Absence de lésions sensorielles.
- Absence de troubles de la lecture, de l'écriture.

- Versus pour l'apologie de l'antiracisme
- et sans effraction positive
- Pour la négation de l'histoire

« Conclusion :
 - Dilectissimi typicorum
 201- modis »



8 14-11



Clinique Al Massira

مصلحة المسيرة

5, Rue Ahmed MOKRI (Hauteur 158 Bd. d'Anfa) - Casablanca

Tél. : 05 22 39 40 41 (6 L.G) - Fax : 05 22 39 14 15

Reçu d'acompte

N° 005932 /21

Nom : CHAHOU

Prénom : YASSINE

Docteur : IOMHAMMED

Diagnostic : CS & Echocardiogramme

Montant : # 7000 DH

Le : 14-06-2014

Encaisseur :

Signature :





