

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 canaux, 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 canaux.

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° W19-431822

Compte

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8587 Société : R - A, M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KHALOUK ABDELKRIM 162190
 Date de naissance : 29-07-1962
 Adresse : HAY CHIFA Rue 1 n° 113 Casablanca
 Tél. : 0658494204 Total des frais engagés : 899,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/08/2023
 Nom et prénom du malade : M. KHALOUK ABDELKRIM Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Carie maxillaire
 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 Le : 22/05/2023
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-431822

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 : 8587
 Nom de l'adhérent(e) : KHALOUK ABDELKRIM
 Total des frais engagés : 899,90
 Date de dépôt :

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
12/04/23			20084	INP : 091028398

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
12/04/23	12120
12/04/23	27770

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/04/23		

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.

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 canalaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																



الضمان الإجتماعي

الIO8% - ١٠٤٤٤٤

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة
ORDONNANCE

مصحة
POLYCLINIQUE



درب غلف

DERB GHALLEF

PHARMACIE CHARM CHEIKH SAÏL
N°600 LOTS HAMRA 2 AV AL QODS
AIN CHICK - CASABLANCA
GSM 0663 43 37 47 - FIX 0908 37 16 00

12/04/27
Ashten boushaki

79.50

١١ Cerebral Cortex



44.70
٢٢

١١ Profuses Nox



٢٢

121.20

DR KAB ABDELHADI
Medecin Urgentiste Polyclinique
CNSS Derb Ghallef
INPE: 41094228

PHARMACIE CHARM CHEIKH SAÏL
N°600 LOTS HAMRA 2 AV AL QODS
AIN CHICK - CASABLANCA
GSM 0663 43 37 47 - FIX 0908 37 16 00

CARBOSORB®

30 Comprimés
Voie orale

Transit

FORME ET PRESENTATION :

Comprimé, boîte de 30.

COMPOSITION :

Charbon végétal, poudre de wakamé, huile essentielle de fenouil, huile essentielle de la menthe, extrait sec de rhubarbe, Fructo-Oligo saccharides.

PROPRIETES :

CARBOSORB Transit® est composé de charbon végétal activé ainsi que d'autres actifs naturels tels que les Huiles essentielles de Fenouil et de Menthe poivrée et l'extrait sec de Rhubarbe qui agissent en synergie pour aider à éliminer les gaz intestinaux et à faciliter le transit tout en préservant la flore intestinale.

UTILISATION :

CARBOSORB Transit® est recommandé en cas de :

- Ballonnement accompagné de Constipation.

CONSEILS D'UTILISATION :

- 1 à 2 comprimés 2 fois par jour de préférence après les repas.

PRECAUTIONS D'UTILISATION :

- A utiliser en complément d'une alimentation variée.
- Respecter la dose journalière recommandée.
- Tenir hors de la portée des jeunes enfants.
- Conserver dans un endroit frais et sec.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Fabriqué par Pharmalife Research s.r.l. - Italie

Importé et distribué au Maroc par MEDIPRO Pharma

Autorisation ministère de la santé n° : DA20171310227DMP/20UCAMAv3.

Docteur Amal BOUSSOF

Médecine Générale

Diplômée en Échographie
Nutrition-Régime Spécialisé
Gynécologie Médicale

الدكتورة أمل بوصف

الطب العام

حائزة على دبلôme

(الفرقة)

LOT: 280576
PPV: 98DH80
EXP: 09/2025
DHS: 09/2025

ORDONNANCE

Casablanca, le

12/04/2023

الدار البيضاء، في

M^{rs} SKHALLOUK Abdelkum

98.80

Neofortan 160 mg

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 09/2025
LOT 280576

2 cp 2 fois par jour

45.00

- Neo - SP Ave



leg & eub M.

55.10

- Neo pto pole



are boucile

PHARMACIE D'ARM CHEIKH SAÏD
1000 LOTS HAMRA 2 AV AL LODS
AIN CHOCH - CASABLANCA
GSM 0663 43 37 47 FAX 0808 57 16 88

Leg 12 wangel brights
- Rooms



leg & ut to

- profen

leg & eub M

T=377.70

NOMYC®

Fluconazole

COMPOSITIONS

NOMYC 50 mg

• Fluconazole (DCI)

Excipients : q.s.

NOMYC 150 mg

• Fluconazole (DCI)

Excipients : q.s.

p. gélule

50,00 mg

p. gélule

150,00 mg

LOT 222053

EXP 02/25

PPV 78DH30

FORMES ET PRESENTATIONS

- Gélule dosée à 50 mg de fluconazole : Boîte de 7 gélules.
- Gélule dosée à 150 mg de fluconazole : Boîte unitaire, 2 et 4 gélules.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Antifongique triazole.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

NOMYC est indiqué dans le traitement :

- Des candidoses vaginales et périnéales, aiguës et récidivantes.
- Des balanites candidosiques.
- Des dermo épidermomycoses incluant les tinea pedis (intertrigo interorteils), les tinea corporis (Herpès circiné), les tinea cruris (intertrigo) et les candidoses cutanées.
- Des onychomycoses (tinea unguium).
- Des candidoses oropharyngées, notamment chez les patients immunodéprimés, soit en raison d'une affection maligne soit d'un syndrome de déficience immunitaire acquise (SIDA).
- Des candidoses buccales atrophiques.
- Des cryptococcoses neuromeningées.
- **Traitement d'attaque** : son efficacité a été démontrée principalement chez les patients atteints du SIDA.
- Le fluconazole est également indiqué dans le traitement d'entretien des cryptococcoses chez les patients atteints du SIDA. Il doit alors être prescrit indéfiniment.
- Des candidoses systémiques incluant les candidoses disséminées et profondes (candidémies, péritonites), les candidoses œsophagiennes et les candidoses urinaires.
- De la prophylaxie des infections fongiques chez les patients présentant une affection maligne et qui sont prédisposés à ce genre d'infections suite à la chimiothérapie cytotoxique et à la radiothérapie.

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Hypersensibilité au fluconazole et aux dérivés azotés apparentés,
- Association au Cisapride.
- Femme enceinte ou qui allaite.
- Enfant : les données disponibles sont trop limitées pour recommander son emploi.

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

POSOLOGIES

Les doses recommandées varient selon le type de l'infection et les conditions particulières de chaque patient.

- **Candidoses vaginales** : le fluconazole est prescrit en une dose unique de 150 mg.
- Le traitement doit continuer jusqu'à ce que les analyses du laboratoire et les paramètres cliniques prouvent que l'infection fongique est contrôlée, et sa durée doit être de telle sorte à éviter une récurrence de l'infection.
- **Balanites** : Une dose de 150 mg de fluconazole est administrée en une seule prise.
- **Candidoses oro-pharyngées** : La dose habituelle est de 50 à 100 mg de fluconazole une fois par jour pendant 7 à 14 jours.
- Il est parfois nécessaire de prolonger le traitement avec la même dose notamment chez les patients immunodéprimés.
- **Candidoses urinaires** : 100 à 200 mg par jour. La durée du traitement est en fonction de la réponse clinique.
- **Pour les candidémies, les candidoses disséminées et les autres candidoses invasives** : La dose habituelle est de 400 mg le premier jour et de 200 mg par jour les jours suivants. En fonction de la réponse clinique, la dose peut être augmentée à 400 mg par jour. La durée du traitement dépendra de la réponse clinique.
- **Méningites cryptococciques et les autres cryptococcoses** : La dose usuelle est de 400 mg le premier jour et de 200 à 400 mg par jour les jours suivants. La durée de traitement est de 6 à 8 semaines.
- **Dermo-épidermomycoses incluant tinea pedis (intertrigo interorteils), corporis (l'herpès circiné), cruris (intertrigo) et les candidoses cutanées** : la dose recommandée est de 150 mg une fois par semaine pendant 2 à 4 semaines. Pour Tinea Pedis, le traitement peut être prolongé à 6 semaines.
- **Les Onychomycoses (Tinea unguium)** : la dose recommandée est de 150 mg une fois par semaine. Le traitement devra se poursuivre jusqu'au remplacement des ongles infectés grâce à la croissance d'ongles sains.

EFFETS INDESIRABLES

- Le Fluconazole est en général bien toléré. Les effets gastro-intestinaux et cutanés sont les effets secondaires les plus couramment rencontrés.
- Les troubles gastro-intestinaux comportant des nausées, des douleurs abdominales, des diarrhées et des flatulences.
- Des céphalées ont été associées au fluconazole.
- Effets allergiques et cutanés : rashes, réactions sévères à type de toxidermies bulleuses (syndrome de Stevens-Johnson, syndrome de Lyell en particulier au cours de SIDA), réactions anaphylactiques.
- Effets hépatiques : augmentation des transaminases hépatiques, généralement réversibles à l'arrêt du traitement ; des atteintes hépatiques sévères, éventuellement associées à des taux sériques élevés de fluconazole, d'évolution parfois fatale, ont été exceptionnellement rapportées.

Signalez à votre médecin ou à votre pharmacien tout effet non souhaité et gênant qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

CONSERVATION

Conservé à une température ne dépassant pas 30°C.

CONDITION DE DELIVRANCE

Tableau A.



Zone industrielle, Ouest Aïn Harrouda,
Route Régionale N° 322 (ex R.S 111)

Km 12.400 - Aïn Harrouda 28 630 Mohammedia - Maroc.

NOMYC®

Fluconazole

COMPOSITIONS

NOMYC 50 mg

• Fluconazole (DCI)

Excipients : q.s.

NOMYC 150 mg

• Fluconazole (DCI)

Excipients : q.s.

p. gélule

50,00 mg

p. gélule

150,00 mg

LOT 222053

EXP 02/25

PPV 78DH30

FORMES ET PRESENTATIONS

- Gélule dosée à 50 mg de fluconazole : Boîte de 7 gélules.
- Gélule dosée à 150 mg de fluconazole : Boîte unitaire, 2 et 4 gélules.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Antifongique triazole.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

NOMYC est indiqué dans le traitement :

- Des candidoses vaginales et périnéales, aiguës et récidivantes.
- Des balanites candidosiques.
- Des dermo épidermomycoses incluant les tinea pedis (intertrigo interorteils), les tinea corporis (Herpès circiné), les tinea cruris (intertrigo) et les candidoses cutanées.
- Des onychomycoses (tinea unguium).
- Des candidoses oropharyngées, notamment chez les patients immunodéprimés, soit en raison d'une affection maligne soit d'un syndrome de déficience immunitaire acquise (SIDA).
- Des candidoses buccales atrophiques.
- Des cryptococcoses neuromeningées.
- **Traitement d'attaque** : son efficacité a été démontrée principalement chez les patients atteints du SIDA.
- Le fluconazole est également indiqué dans le traitement d'entretien des cryptococcoses chez les patients atteints du SIDA. Il doit alors être prescrit indéfiniment.
- Des candidoses systémiques incluant les candidoses disséminées et profondes (candidémies, péritonites), les candidoses œsophagiennes et les candidoses urinaires.
- De la prophylaxie des infections fongiques chez les patients présentant une affection maligne et qui sont prédisposés à ce genre d'infections suite à la chimiothérapie cytotoxique et à la radiothérapie.

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Hypersensibilité au fluconazole et aux dérivés azotés apparentés,
- Association au Cisapride.
- Femme enceinte ou qui allaite.
- Enfant : les données disponibles sont trop limitées pour recommander son emploi.

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

POSOLOGIES

Les doses recommandées varient selon le type de l'infection et les conditions particulières de chaque patient.

- **Candidoses vaginales** : le fluconazole est prescrit en une dose unique de 150 mg.
- Le traitement doit continuer jusqu'à ce que les analyses du laboratoire et les paramètres cliniques prouvent que l'infection fongique est contrôlée, et sa durée doit être de telle sorte à éviter une récurrence de l'infection.
- **Balanites** : Une dose de 150 mg de fluconazole est administrée en une seule prise.
- **Candidoses oro-pharyngées** : La dose habituelle est de 50 à 100 mg de fluconazole une fois par jour pendant 7 à 14 jours.
- Il est parfois nécessaire de prolonger le traitement avec la même dose notamment chez les patients immunodéprimés.
- **Candidoses urinaires** : 100 à 200 mg par jour. La durée du traitement est en fonction de la réponse clinique.
- **Pour les candidémies, les candidoses disséminées et les autres candidoses invasives** : La dose habituelle est de 400 mg le premier jour et de 200 mg par jour les jours suivants. En fonction de la réponse clinique, la dose peut être augmentée à 400 mg par jour. La durée du traitement dépendra de la réponse clinique.
- **Méningites cryptococciques et les autres cryptococcoses** : La dose usuelle est de 400 mg le premier jour et de 200 à 400 mg par jour les jours suivants. La durée de traitement est de 6 à 8 semaines.
- **Dermo-épidermomycoses incluant tinea pedis (intertrigo interorteils), corporis (l'herpès circiné), cruris (intertrigo) et les candidoses cutanées** : la dose recommandée est de 150 mg une fois par semaine pendant 2 à 4 semaines. Pour Tinea Pedis, le traitement peut être prolongé à 6 semaines.
- **Les Onychomycoses (Tinea unguium)** : la dose recommandée est de 150 mg une fois par semaine. Le traitement devra se poursuivre jusqu'au remplacement des ongles infectés grâce à la croissance d'ongles sains.

EFFETS INDESIRABLES

- Le Fluconazole est en général bien toléré. Les effets gastro-intestinaux et cutanés sont les effets secondaires les plus couramment rencontrés.
- Les troubles gastro-intestinaux comportant des nausées, des douleurs abdominales, des diarrhées et des flatulences.
- Des céphalées ont été associées au fluconazole.
- Effets allergiques et cutanés : rashes, réactions sévères à type de toxidermies bulleuses (syndrome de Stevens-Johnson, syndrome de Lyell en particulier au cours de SIDA), réactions anaphylactiques.
- Effets hépatiques : augmentation des transaminases hépatiques, généralement réversibles à l'arrêt du traitement ; des atteintes hépatiques sévères, éventuellement associées à des taux sériques élevés de fluconazole, d'évolution parfois fatale, ont été exceptionnellement rapportées.

Signalez à votre médecin ou à votre pharmacien tout effet non souhaité et gênant qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

CONSERVATION

Conservé à une température ne dépassant pas 30°C.

CONDITION DE DELIVRANCE

Tableau A.



Zone industrielle, Ouest Aïn Harrouda,
Route Régionale N° 322 (ex R.S 111)

Km 12.400 - Aïn Harrouda 28 630 Mohammedia - Maroc.

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

comprimé sécable

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Paracétamol.
Phosphate de codeïne hémihydraté
(Quantité correspondant à codeïne base)
Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon c

PFV : 22DH20

PER : 01/25

LOT : M377

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N.Système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

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

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et de la codeïne. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser les doses maximales conseillées (cf. posologie).



نو - سبا[®] فورت 80 ملغ

كلوريدات الدروطاثرين

NO - SPA FORTE 80MG
CP 820

P.P.V : 45DH00

LOT : 22E005
PER: 06/2025

هذا الدواء، لأنها

معلومات المتوفرة في
تتفق بهذه النشرة، قد

تحتاج إلى قراءتها من جديد.

• استشر الصيدلي لكل نصيحة أو معلومة.

• إذا شعرت بأحد الأعراض غير المرغوب فيها، أخبر الطبيب أو الصيدلي.

• ينطبق ذلك على أي تأثير غير مرغوب فيه لم يذكر في هذه النشرة.

• أقصد الطبيب إذا لم تشعر بأي تحسن أو إذا شعرت بحالة أسوأ بعد بضعة أيام.

في هذه النشرة:

1. ما هو نو - سبا فورت أقراص وما هي الحالات التي يجب استعماله فيها؟
 2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول نو - سبا فورت أقراص؟
 3. كيف يجب استعمال نو - سبا فورت أقراص؟
 4. ما هي التأثيرات غير المرغوب فيها المحتملة؟
 5. كيف يجب حفظ نو - سبا فورت أقراص؟
 6. محتوى الغلاف ومعلومات أخرى.
1. ما هو نو - سبا فورت أقراص وما هي الحالات التي يجب استعماله فيها؟
- نو - سبا فورت أقراص هو مضاد للتشنجات، يستعمل في علاج الأمراض التالية:

- تشنجات العضلات الملساء المرتبطة بأمراض المسالك الصفراوية: حصى صفراوي، التهاب المرارة أو المسالك الصفراوية.
- تشنجات العضلات الملساء المرتبطة باضطرابات المسالك البولية: حصى بولي (الكلى، الحالب)، التهاب الحويضة، التهاب المثانة، تشنج المثانة (توتر المثانة المؤلم مع إحساس بالحرق وحث مستمر على التبول).
- علاج تكميلي للاضطرابات التالية:
- تشنجات العضلات الملساء المرتبطة باضطرابات الجهاز الهضمي: قرحة معدية أو اثنا عشرية، التهاب المخاط المعدى، تشنج فؤاد المعدة وبواب المعدة، التهاب المعى الدقيق والقولون).

- بعض آلام الرأس (صداع التوتر).

- أمراض نسائية: طمث مؤلم أو تقلصات العادة الشهرية.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول نو - سبا فورت أقراص؟

لا تتناول أبداً نو - سبا فورت أقراص:

• إذا كانت لديك حساسية للدروطاثرين أو لأحد مكونات هذا الدواء

(المذكورة في فقرة محتوى الغلاف ومعلومات أخرى)،

• إذا كنت تعاني من قصور كبدى، كلوي أو قلبي حاد،

انتبه عند استعمال نو - سبا فورت أقراص:

أقصد الطبيب أو الصيدلي قبل تناول نو - سبا فورت أقراص.

يجب استعمال هذا الدواء بكل حذر لدى المرضى الذين يعانون من ضغط

دم منخفض.

استعمال أدوية أخرى

أخبر الطبيب أو الصيدلي إذا كنت تتناول أو تناولت مؤخراً دواء آخر.

يؤدي تناول الموازي للدروطاثرين و ليفودوبا إلى التخفيف من تأثير

ليفودوبا الذي يتجلى في التخفيف من أعراض مرض الباركنسون و يؤدي

أيضاً إلى الزيادة من حدة ظواهر التصلب العضلي و الإهتزازات .

الحمل والرضاعة

إذا كنت حاملاً أو مرضعة، إذا اعتقدت أنك حامل أو تنوين الحمل،

استشري الطبيب أو الصيدلي قبل تناول هذا الدواء.

الحمل:

لم توضح الدراسات التي أجريت على الحيوانات و المرأة الحامل أي تأثير سام

على الجنين و الأم في حالة استعمال الدواء خلال الحمل. إذا كنت حامل،

سوف يحدد طبيبك إمكانية استخدامك لهذا الدواء.

الرضاعة:

في غياب معطيات سريرية، ينصح بعدم استعمال هذا الدواء خلال

الرضاعة.

الخصوبة:

لا تتوفر أية معطيات بشأن التأثيرات على الخصوبة عند الإنسان.

قيادة السيارات واستعمال الآلات

ليس لاستعمال أقراص نو - سبا بالجرعة الاعتيادية أي تأثير على القدرة على

قيادة السيارات واستعمال الآلات. لكن عند الشعور بدوار بعد تناول

أقراص نو - سبا فورت، تجنب الأنشطة الخطيرة وكذا قيادة السيارات

واستعمال الآلات.

معلومات هامة عن بعض مكونات نو - سبا فورت أقراص:

إذا أخبرك الطبيب بعدم تحملك لبعض السكريات، اتصل به قبل استعمال

هذا الدواء.

3. كيف يجب استعمال نو - سبا فورت أقراص؟

أحرص دائماً على تناول هذا الدواء تماماً حسب تعليمات هذه النشرة أو

Docteur Amal BOUSSOF

Médecine Générale

Diplômée en Échographie
Nutrition-Régime Spécialisé
Gynécologie Médicale

الدكتورة أمل بوصف

الطب العام

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى (التلفزة)
التغذية . الحمية (ريجيم)
طب النساء

ORDONNANCE

Casablanca, le 12/04/2023 في الدار البيضاء

M^{lle} SKITHALOUK Abdelkum

El - 03
Colique névralgique
gauche + PR - 1000
+ 1kg + 1kg
ne'ma'g
S. 0000



**Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur
Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM**

Casablanca le 12/04/2023

Patient (e) : KHALLOUKI ABDELKRIM

Prescripteur : Dr A. BOUSSOF

ECHOGRAPHIE RENALE

RESULTAT :

- Rein gauche de taille normale siège d'une dilatation modérée des cavités excrétrices
- Uretère gauche dilaté à sa partie lombaire sans visualisation d'obstacle
- Rein droit de taille normale bien différencié sans dilatation des cavités excrétrices.
- Kystes rénaux corticaux bilatéraux d'allure simple dont les plus volumineux mesurent 5 cm et 6 cm à gauche
- Absence d'épanchement intra-péritonéal
- Vessie semi pleine sans anomalies endoluminales
- Pas de collection profonde ni de masse
- Météorisme digestif diffus.

CONCLUSION :

- Uretérohydronéphrose gauche modérée sans obstacle écho décelable : syndrome urinaire obstructif à gauche (migration lithiasique est à évoquer en 1^{er})
- Kystes rénaux corticaux bilatéraux surtout à gauche

DR JELLOULI

Dr JELLOULI Omar
Médecin Radiologue
INPE : 101183531

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 1375326	N° SEJOUR : 230035273	FACTURE N° 2303013230		DATE D'ENTREE : 12/04/2023		DATE DE SORTIE : 12/04/2023					
ASSURE :				DESTINATAIRE :							
MALADE : KHALLOUKI,Abdelkrim		UF: 5003 RADIOLOGIE		KHALLOUKI,Abdelkrim							
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :									
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :									
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 20022017 DR JELLOULI OMAR RADIOLOGUE	TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
	REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU :	200.00						
DATE FACTURE : 12/04/2023	EDITEE LE : 12/04/2023	PAR: KARIM	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef			
			BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
			N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			



