

## 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-431822

*Couper*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>8587</b>		Société : <b>R-A-M</b>	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre : <b>KHALOUK ABDELKLEM</b>	
Nom & Prénom : <b>KHALOUK ABDELKLEM</b>		Date de naissance : <b>29-07-1962</b>	
Adresse : <b>HAY CHIRJA RUE 1 N° 113 casa</b>		Tél. : <b>0658494204</b>	
		Total des frais engagés : <b>898,90</b> Dhs	

<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
<b>12/04/2023</b>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <b>M KHALOUK Abdelklem</b> Age : <b>56</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Cecile ne souffre pas.</b>			
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 : **couper**      Le : **22/05/2023**  
 Signature de l'adhérent(e) :

<b>VOLET ADHERENT</b>	
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 : <b>8587</b>	
Nom de l'adhérent(e) : <b>KHALOUK</b>	
Total des frais engagés : <b>898,90</b>	
Date de dépôt :	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
12/10/16	Actes	1	20000	INP : 091013839 Dr. [Signature] Ecole de Médecine 274

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

N° de Facture	Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
190563 42 37 42	AIN CHOCK - CASABLANCA	12/04/93	181.80
190563 42 37 42	DI DIANI AYAD CHEIKH SA	12/04/93	277.70
190563 42 37 42	AIN CHOCK - CASABLANCA		

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

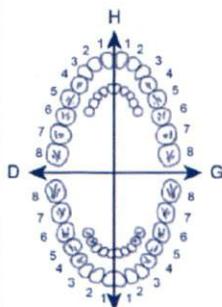
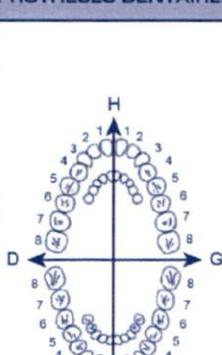
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE 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"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	B
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B	B													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										



وصفة  
ORDONNANCE



PHARMACIE CHARM CHEIKH  
N°6000 LTS HAMRA 2 AV AL QDS  
AIN CHICHEK - CASABLANCA  
GSM 0663 42 37 47 - FAX 0522 86 30 20  
N°6000 LTS HAMRA 2 AV AL QDS  
AIN CHICHEK - CASABLANCA  
GSM 0663 42 37 47 - FAX 0522 86 30 20

19/04/27

Abdelhadi tchoulki

19.50

11 Ach. ferh tawist

41.70

11 Profitez tout

11 240 240

11 19.80

GSMS 0663 42 37 47 - FAX 0522 86 30 20  
N°6000 LTS HAMRA 2 AV AL QDS  
AIN CHICHEK - CASABLANCA  
PHARMACIE CHARM CHEIKH SARL  
DR DIANI ABDELLAH  
Médicin Urgentiste Polyclinique  
CNSS Derb Ghalef  
INPE: 41094228

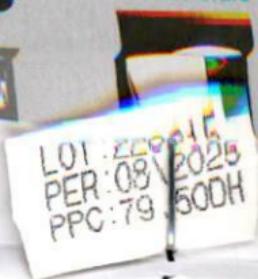
Dr KAAB ABDELHADI  
Médicin Urgentiste Polyclinique  
CNSS Derb Ghalef  
INPE: 41094228

# CARBOSORB®

Transit

30 Comprimés

Voie orale



## FORME ET PRÉSENTATION :

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.

## PROPRIÉTÉS :

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.

## PRÉCAUTIONS 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

الـ

حائزه على دبله  
الـ (لفزة)

## **ORDONNANCE**

## Casablanca, le

1210416023

三

**PHARMACIE CHARM CHEIKH SARL**  
Dr DIANI Abdelfatah  
**N°600 LOTS HAMRA 2 AV AL QODS**  
**AIN ZOUCH - CASABLANCA**  
563 43 37 47- 0988 57 76 06

~~M'SKHAL COOK Abdellatif~~

98.80

Neelsen Jan

Tarek

98.80

Dr. S. J. Lee

PPV 98DH80  
EXP 09/2025  
LOT 280576

NEOFORTAN® 160 mg

63-437-4 - FIX 0888 57  
U.S. INT'L INC., HONG KONG, CASABLANCA, MOROCCO  
DUBLIN, IRELAND  
PHARMACEUTICAL CHARM COMPANY LTD., TAIWAN  
ABBY LTD., SINGAPORE

للمزيد من المعلومات: 06 09 28 25 06 / 05 22 87 27 74 - الدار البيضاء - الهاتف : 06 09 28 25 06 / 05 22 87 27 74 - حي منظرونا - الدار البيضاء - الهاتف :

806, Bd El Qods - 1er Etage - Appt 2 - Hay Mandarouna - Aïn Chock - Tél. : 05 22 87 27 74 / 06

- ~~45.00 - Neo - SP Ave~~
- ~~100 - S.V. - J. el M.~~
- ~~55.00 - die P. 100 Pole - SP Ave bucil~~
- ~~78.30 - Name - S.V. - Icp - J. el M. 610~~
- ~~- Phoenix - S.V. - Icp - J. el M. T = 377.70~~

# NOMYC®

Fluconazole

## COMPOSITIONS

### NOMYC 50 mg

- Fluconazole (DCI) ..... p. gélule 50,00 mg

### Excipients : q.s.

### NOMYC 150 mg

- Fluconazole (DCI) ..... p. gélule 150,00 mg

Excipients : q.s.

## FORMES ET PRÉSENTATIONS

- 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 THÉRAPEUTIQUES

NOMYC est indiqué dans le traitement :

- Des candidoses vaginales et périnéales, aiguës et récidivantes.
- Des balanites candidosiques.
- Des dermo-épidermomycomoses 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 neuroenveloppées.
- **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 allaita.
- 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.

## POSLOGIES

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 réécurrence 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-épidermomycomoses** 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 toxicodermies 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 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

Conserver 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.

LOT 222053

EXP 02/25

PPV 78DH30

# NOMYC®

Fluconazole

## COMPOSITIONS

### NOMYC 50 mg

• Fluconazole (DCI) ..... p. gélule 50,00 mg

### Excipients : q.s.

### NOMYC 150 mg

• Fluconazole (DCI) ..... p. gélule 150,00 mg

Excipients : q.s.

## FORMES ET PRÉSENTATIONS

- 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 THÉRAPEUTIQUES

NOMYC est indiqué dans le traitement :

- Des candidoses vaginales et périnéales, aiguës et récidivantes.
- Des balanites candidosiques.
- Des dermo-épidermomycomoses 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 neuroenveloppées.
- **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 allaita.

• 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.

## POSLOGIES

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 réécurrence 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-épidermomycomoses** 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 INDÉSIRABLES

- 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 toxicodermies 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 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

Conserver 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.

LOT 222053

EXP 02/25

PPV 78DH30

# 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 de maïs.

PPV : 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 ملغم

كlorيدرات الدروطايرين

١٩

NO-SPA FORTE 80MG  
CP 820  
P.R.V : 45DH00



6 118000 061816

هذا الدواء، لأنها

معلومات المتوفرة في

يحفظ بهذه النشرة، قد

PEB  
01  
06  
2024

تحتاج إلى قراءتها من جديد.

• استشر الصيدلي لكل نصيحة أو معلومة.

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

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

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

في هذه النشرة:

1. ما هو - 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 - 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 المساك الصفراوية: حصى صفراوي، التهاب المراة أو المساك الصفراوية.

• تشنجات العضلات الملساء المرتبطة باضطرابات المساك البولية: حصى بولي (الكلية، الحالب)، التهاب الحويضة، التهاب المثانة، تشنج المثانة (توثر المثانة المؤلم مع إحساس بالحرق وحث مستمر على التبول).

• علاج تكميلي للأضطرابات التالية:

- تشنجات العضلات الملساء المرتبطة باضطرابات الجهاز الهضمي: قرحة معدية أو اثناعشرية، التهاب المخاط المعدني، تشنج قواط المعدة وبواب المعدة، التهاب المعلى 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 أبدا نو - سبا فورت أقراص:
  - إذا كانت لديك حساسية للدروطايرين أو لأحد مكونات هذا الدواء (المذكورة في فقرة تحتوى الغلاف ومعلومات أخرى).
  - إذا كنت تعانى من قصور كبدى، كلوي أو قلبى حاد، انتبه عند استعمال نو - سبا فورت أقراص:
  - اقصد الطبيب أو الصيدلى قبل تناول نو - سبا فورت أقراص.
  - يجب استعمال هذا الدواء بكل حذر لدى المرضى الذين يعانون من ضغط دم منخفض.

## استعمال أدوية أخرى

- آخر الطبيب أو الصيدلى إذا كنت تتناول أو تناولت مؤخرا دواء آخر.
- يؤدي التناول الممازى للدروطايرين وليفودوبا إلى التخفيف من تأثير ليفودوبا الذى يتجلى فى التخفيف من أعراض مرض الباركنسون و يؤدي أيضا إلى الزيادة من حدة ظواهر التصلب العضلى والإهتزازات .

## الحمل والرضاعة

- إذا كنت حاملا أو مرضعة، إذا اعتقدت أنك حامل أو توين الحمل، استشيري الطبيب أو الصيدلى قبل تناول هذا الدواء.
- الحمل:

لم توضح الدراسات التي أجريت على الحيوان و المرأة الحامل أي تأثير سام على الجنين أو الألم في حالة استعمال الدواء خلال الحمل. إذا كنت حامل، سوف يحدد طبيبك امكانية استخدامك لهذا الدواء.

## الرضاعة:

في غياب معطيات سريرية، ينصح بعدم استعمال هذا الدواء خلال الرضاعة.

## الخصوصية:

لا تتوفر أية معلومات 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 أخربك الطبيب بعدم تحملك لبعض السكريات، اتصل به قبل استعمال هذا الدواء.

3. كيف يجب استعمال نو - سبا فورت أقراص؟

احرص دائمًا على تناول هذا الدواء تماما حسب تعليمات هذه النشرة أو

# **Docteur Amal BOUSSOF**

الدكتورة أمل بوصف

## Médecine Générale

الطب العام

Diplômée en Échographie  
Nutrition-Régime Spécialisé  
Gynécologie Médicale

حائزه على دبلوم الفحص بالصدى (التلفزة)  
التغدية . الحمية (ريجيم)  
طب النساء

# ORDONNANCE

## Casablanca, le

Casablanca, le ١٢١٠٤٢٠٢٣ الدار البيضاء في

M'SKITALOOK A6 Selk'num

Eclipses  
coligemus  
nephritis  
gaster  
+ Melby Breastcells + Key  
Dr. Anne Marie



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

Casablanca le 12/04/2023  
درب غلاف  
DERB GHALLEF

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<sup>er</sup>)
- Kystes rénaux corticaux bilatéraux surtout à gauche

DR JELLOULI

Dr JELLOULI Omar  
Médecin Radiologue  
INPE : 101183531



N° IPP : 1375326 N° SEJOUR : 230035273

**FACTURE N° 2303013230**

DATE D'ENTREE : 12/04/2023 DATE DE SORTIE : 12/04/2023

ASSURE :

MALADE : KHALLOUKI,Abdelkrim

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

KHALLOUKI,Abdelkrim

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE	ECHOGRAFIE	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 :

REMISE : 0.00 REGLE :

RESTE DU : 200.00 AVOIR :

DATE FACTURE : 12/04/2023 EDITÉE LE : 12/04/2023 PAR: KARIM

ACCIDENT DE TRAVAIL : DATE AT :

VISA

N° DE POLICE :

Règlement 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

CNSS DERB GHALLEF  
12/04/23 08:21:26ADM KHALLOUKI,  
120423-081919

MI 1.2

TlS 0.4

C1-5

Abdomen

FR 21

AO% 100

Ech

- Freq	4.0
- Gn	61
- S/A	4/2
- Cte	A/0
- D	18.0
- DR	72

5°

10°

15°

 1 L 5.76 cm  
2 L 6.14 cmCNSS DERB GHALLEF  
12/04/23 08:21:21ADM KHALLOUKI,  
120423-081919

MI 1.2

TlS 0.4

C1-5

Abdomen

FR 21

AO% 100

Ech

- Freq	4.0
- Gn	61
- S/A	4/2
- Cte	A/0
- D	18.0
- DR	72

5°

10°

15°

 1 L 5.76 cm  
2 L 6.14 cmCNSS DERB GHALLEF  
12/04/23 08:20:58ADM KHALLOUKI,  
120423-081919

MI 1.2

TlS 0.4

C1-5

Abdomen

FR 21

AO% 100

Ech

- Freq	4.0
- Gn	61
- S/A	4/2
- Cte	A/0
- D	18.0
- DR	72

5°

10°

15°



CNSS DERB GHALLEF  
12/04/23 08:21:49

ADM

KHALLOUKI,  
120423-081919

MI 1.2

Tls 0.4

C1-5  
Abdomen

FR 21

A0% 100

CHI

0\*Frq 4.0  
- Gn 61  
- S/A 4/2  
- Cte A/0  
- D 18.0  
- DR 72

5°

10°

15°



CNSS DERB GHALLEF  
12/04/23 08:21:39

ADM

KHALLOUKI,  
120423-081919

MI 1.2

Tls 0.4

C1-5  
Abdomen

FR 21

A0% 100

CHI

0\*Frq 4.0  
- Gn 61  
- S/A 4/2  
- Cte A/0  
- D 18.0  
- DR 72

5°

10°

15°

LOGIO  
P9



LOGIO  
P9

