

## 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

A 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.



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

## Déclaration de Maladie

Nº P19- 0041239

☐ Maladie☐ Dentaire

 **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6269 Société :

☐ Actif☐ Pensionné(e)☐ Autre :

Nom & Prénom : El MADHOVS Amina

Date de naissance : 01.01.1956

Adresse : Lissaga 2 DZC A n 356

Tél. : 06.78.12.42.16 Total des frais engagés : 690,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27 / 02 / 22

Nom et prénom du malade : El madhouss Amina Age: 25

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint, ☐ Enfant

Nature de la maladie : Insulinom + GCMZV

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, comme pour 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 : 20/05/2017

Signature de l'adhérent(e) : .....


**MUPRAS**  
 les renseignements sous pli confidentiel  
**12 MARS 2020**  
 portées sur la présente déclaration  
 des données personnelles.  
**ACCUEIL**



# 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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 27/02/20        |                   |                       | 150.000,00                      |  |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 27/02/20 | 258,10                |
|  | 06.3.20  | 82,00                 |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                               | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 27/02/20 | Ra. rachis cervical P        | 200.000,00             |
|   |          | Ra. Glnon Dt face            |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

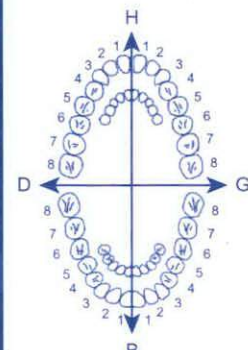
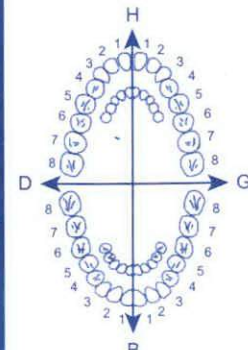
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## الدكتور الناجي مصطفى

طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري - الرباط  
طبيب سابق بالمستشفى العسكري الفرنسي - باريس



Casablanca, le : 27. 02. 20

Nom et Prénom : El madhars Amira

42,00

Kalut 20:

1 - 0 - 0

08,

115,90

Eucelav 1g:

1 - 0 - 1

08,

58,40

Solupred 20:

3 - 0 - 0

05,

41,80

Erbs Sy:

0 - 0 - 1

28,

258,10

Dr. NAJJI MUSTAPHA  
Cabinet Médical  
Lissasfa Extension N°352  
Case, Tél: 022 65 07 04

# Kalest 20 mg

## COMPOSITION:

Oméprazole (DCI).....20mg  
Excipients.....qsp 1 gélule  
Excipients à effet notoire : Saccharose.

**Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## Classe pharmacothérapeutique

KALEST 20 mg, microgranules gastrorésistants gélule de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Il d

e. C'est un médicament  
estomac.

## 1. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est indiqué :

### Chez l'adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastro-duodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif
- Oesophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-oesophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-oesophagien associé ou non à une oesophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.
- Traitement d'entretien des oesophagites par reflux gastro-oesophagien.
- Syndrome de Zollinger-Ellison,
- Traitement des lésions gastro-duodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risque (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

### Chez l'enfant à partir de 2 ans :

- Oesophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-oesophagien.
- Dans le traitement symptomatique des brûlures et des régurgitations acides en cas de reflux gastro-oesophagien.

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE KALEST® 20 mg, microgranules gastrorésistants en gélule ?

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

### Contre-indications

- en cas d'allergie connue à l'un des composants de ce médicament.
- en association avec l'atazanavir associé au ritonavir( médicament anti-infectieux)

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

LOT 181366  
EXP 02/2021  
PPV 42.00DH



**ECOCLAV® 1 g/125 mg**  
**ECOCLAV® 500 mg/62,5 mg**

Amoxicilline/Acide clavulanique  
Poudre pour suspension buvable en sachet-dose  
Boîtes de 12, 16 et 24 sachets

**Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné ci-dessous, consultez votre médecin.

Lot N° :

19039

09/21

Exp :

115DH90

PPV :

contient deux molécules différentes, appelées amoxicilline et acide clavulanique. L'amoxicilline appartient à un groupe de médicaments appelés « pénicillines », qui peuvent parfois arrêter d'être efficaces (être inactivés). L'autre constituant actif (l'acide clavulanique) empêche cette inactivation.

**INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :**

Ecoclav est utilisé chez l'adulte et chez l'enfant pour traiter les infections suivantes :

- Infections de l'oreille moyenne et des sinus,
- Infections des voies respiratoires,
- Infections des voies urinaires,
- Infections de la peau et des tissus mous, incluant les infections dentaires,
- Infections des os et des articulations.

**2 - Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Ecoclav ?**

**Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament**

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament

**CONTRE-INDICATIONS :**

**Ne prenez jamais Ecoclav, poudre pour suspension buvable en sachet-dose :**

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'amoxicilline, à l'acide clavulanique, à la pénicilline ou à l'un des autres composants contenus dans Ecoclav.
- Si vous avez déjà présenté une réaction allergique grave (d'hypersensibilité) à un autre antibiotique. Ceci peut inclure une éruption cutanée ou un gonflement du visage ou du cou.
- Si vous avez déjà eu des problèmes au foie ou développé un ictère (jaunissement de la peau) lors de la prise d'un antibiotique.

**Ne prenez pas Ecoclav si vous êtes dans l'une des situations mentionnées ci-dessus.**

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre Ecoclav.

**Précautions d'emploi; mises en garde spéciales**

**Faites attention avec Ecoclav poudre pour suspension buvable en sachet-dose :**

Demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ce

médicament.

• Souffrez

• Êtes traité

• N'urinez

En cas de

avant de p

Dans certai

responsabl

Selon les rés

un autre mé

Réactions ne

Ecoclav pou

secondaires

convulsions

vous devez

Voir « Réact

Tests sangui

Si vous effec

explorations

glucose), voi

Ecoclav. En

Autres méd

Si vous pres

médecin ou

ordonnanc

Si vous p

Ecoclav,

Si vous pr

décider d'

Si des ma

warfarine

supplém

Ecoclav

traiter les

Ecoclav

prévenir l

Utilisatio

Si vous ê

vous dev

Demande

quelconq

Enfant :

Sans obje

Aliments

Sans obje

Sportifs

Sans obje

Effets sur

machines

Ecoclav pou

capacité à c

3 - Comm

instructions

Sans objet.

Posologie,

d'administ

POSOLOGIE

Adultes et

• Dose habit

• Dose inféri

Enfants pes

Les sachets



# Solupred® 20 mg

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
  - Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### Composition

Métsulilobenzolate de prednisolone et de sodium quantité correspondant en prednisolone à ... 20 mg.  
Excipients : Acide tartrique, acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, benzoate de lithium, citron arôme naturel, saccharinate de sodium, silicone émulsion anti-mousse.

Chaque comprimé contient 50,80 mg de sodium.

### Forme pharmaceutique et présentation

Comprimé effervescent. (Flacon (verre) de 20).

Prednisolone  
Comprimé

DMBS

Solupred® 20mg

de  
d'ins  
mya  
fatig  
Prév  
les r  
l'Eur  
para  
La p  
le st  
système (cœur central) ou avec un vaccin vivant  
attenué est à éviter (voir rubrique "interactions  
médicamenteuses et autres interactions").

### PENDANT ET APRES LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

2 ventis

# ERLUS® 5 mg, comprimé pelliculé, boîte de 7, 14 et 28

Desloratadine

## Pour les médicaments soumis à la prescription médicale :

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

41,80

## 1. Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que ERLUS® 5 mg Comprimé Pelliculé et dans quel cas l'utiliser ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser ERLUS® 5 mg Comprimé Pelliculé ?
3. Comment utiliser ERLUS® 5 mg Comprimé Pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver ERLUS® 5 mg Comprimé Pelliculé ?
6. Informations Supplémentaires

PPV

LOT

PER

## 1. QU'EST-CE QUE ERLUS® 5 mg Comprimé Pelliculé ET DANS QUELS CAS L'UTILISER ?

Classe pharmacothérapeutique ou le type d'activité :

Antihistaminiques anti-H1 (code ATC : R06AX27).

### Indications thérapeutiques :

Erlus® 5 mg comprimé pelliculé est indiqué, chez l'adulte et l'adolescent de 12 ans et plus, pour le traitement symptomatique de :

- la rhinite allergique ;
- l'urticaire

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER ERLUS® 5 mg Comprimé Pelliculé ?

Liste des informations à connaître avant la prise du médicament

### Contre indications :

Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique Composition ou à la loratadine. **Faites attention avec Erlus 5 mg, en cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.**

### Mises en garde spéciales et Précautions particulières d'emploi :

Erlus® 5 mg comprimé pelliculé doit être utilisé avec précaution en cas d'insuffisance rénale sévère.

Les patients présentant des maladies héréditaires rares telles qu'une intolérance au galactose, une déficience en Lapp lactase ou un syndrome de malabsorption du glucose-galactose ne doivent pas prendre ce médicament.

### Interactions avec d'autres médicaments :

Au cours des études cliniques réalisées avec des comprimés de desloratadine, et dans lesquelles les patients recevaient de l'érythromycine ou du kétoconazole en association, aucune interaction cliniquement significative n'a été observée.

### Population pédiatrique :

Les études d'interaction n'ont été réalisées que chez les adultes.

Au cours d'une étude de pharmacologie clinique, il n'a pas été mis en évidence de potentialisation des effets délétères de l'alcool sur les tests de performances lors de l'association avec Erlus comprimé.

Cependant, des cas d'intolérance et d'intoxication à l'alcool ont été rapportés depuis la commercialisation. Par conséquent, la prudence est recommandée en cas de prise concomitante d'alcool.

**AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.**

### Interactions avec les aliments et les boissons :

Sans objet.

### Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapies alternatives :

Sans objet.

### Excipients à effet notoire : Ethanol

**DEMANDER CONSEIL A VOTRE MEDECIN OU PHARMACIEN AVANT DE PRENDRE TOUT MEDICAMENT**

### Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement :

#### Grossesse

Sur un grand nombre de grossesses (plus de 1000 grossesses), aucun effet malformatif, ni toxique de la desloratadine n'a été mis en évidence pour le fœtus ou le nouveau-né. Les études effectuées chez l'animal n'ont pas mis en évidence d'effets délétères directs ou indirects sur la reproduction. Par mesure de précaution, il est préférable d'éviter l'utilisation d'Erlus pendant la grossesse.

#### Allaitement :

La desloratadine a été identifiée chez les nouveau-nés/nourrissons allaités par une femme traitée. L'effet de la desloratadine sur les nouveau-nés/nourrissons est inconnu. Une décision doit être prise soit d'interrompre l'allaitement, soit d'interrompre/de s'abstenir du traitement avec Erlus en prenant en compte le bénéfice de

# الدكتور الناجي مصطفى

طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري - الرباط  
طبيب سابق بالمستشفى العسكري الفرنسي - باريس



Casablanca, le : 06-03-20

Nom et Prénom : Elmadhous Amine

Kalest 20: 1-0-0 128j

82,00 Vox cub 20: 1-0-0 120j

Dr. Nadi MUSTAPHA  
Cabinet Médical  
Lissasfa Extension N°353  
Case 11 0522 65 07 04



# VOXCIB®

## Celecoxib

### COMPOSITION :

Chaque gélule VOXCIB 100 contient 100 mg de Celecoxib.

Chaque gélule VOXCIB 200 contient 200 mg de Celecoxib.

**Excipients :** Laurylsulfate de sodium, croscarmellose sodique, polyvidone K30, stéarate de ma

**Excipient à effet notoire :** Lactose.

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

Ce médicament est un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) appartenant à la classe des Coxibs (Inhibiteur sélectif de la cyclo-oxygénase 2).

### INDICATIONS :

Ce médicament est indiqué chez l'adulte.

Il calme la douleur et réduit l'inflammation provoquée par la polyarthrite rhumatoïde ou l'arthrose. Il réduit la quantité des prostaglandines fabriquées par le corps, qui sont à l'origine de la douleur et de l'inflammation.

### CONTRE - INDICATIONS :

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'hypersensibilité à l'un des composants des gélules VOXCIB ou aux sulfamides et chez les patients souffrant de maladies cardiaques (telle qu'une angine de poitrine, un infarctus du myocarde ou une insuffisance cardiaque) de maladie cérébro-vasculaire (antécédent d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire), de maladie inflammatoire de l'intestin, d'ulcère. De même, il ne doit pas être administré en cas de Grossesse et Allaitement, d'insuffisance hépatique sévère, d'ulcère peptique évolutif ou saignement gastro-intestinal.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### MISES EN GARDE :

Ce médicament DOIT ETRE PRIS SOUS SURVEILLANCE MEDICALE, PREVENIR VOTRE MEDECIN EN CAS DE :

- Femmes en âge de procréer, en l'absence de contraception efficace.
- Tension artérielle élevée.
- Insuffisance cardiaque.
- En cas d'accumulation de liquides dans le corps (œdème).

### PRECAUTIONS D'EMPLOI :

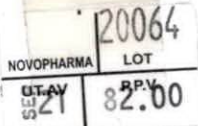
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN:

- En cas de maladies hépatiques ou rénales sévères
- En cas d'antécédents de réaction allergique telle que rash cutané, œdème, démangeaisons, sensation d'étouffement ou respiration sifflante après prise d'aspirine ou d'agents anti-inflammatoires non stéroïdiens.
- En cas de traitement à la warfarine ou tout autre anticoagulant
- Si vous présentez des facteurs de risque cardio-vasculaire, tels qu'une hypertension, un taux de cholestérol élevé, un diabète ou un tabagisme.
- VOXCIB doit être utilisé aux doses efficaces les plus faibles durant la période la plus courte.

### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE VOXCIB et plusieurs autres médicaments tels que :

- Warfarine.
- les antidépresseurs, les neuroleptiques, les antiarythmiques (sauf avis du médecin)
- Les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens.



## الدكتور الناجي مصطفى

طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري - الرباط  
طبيب سابق بالمستشفى العسكري الفرنسي - باريس



Casablanca, le : 27.02.2020

Nom et Prénom : El Hadjous Amine

### **FACTURE : 637**

- Radiographie :

\* RACHIS CERVICAL PROFIL .

\* GENOU DROIT FACE .

- Montant: 200.00 DH

Dr. NAJJI MUSTAPHA  
Cabinet Médical  
Lissasfa Extension N°353  
Casa. Tél.: 0522 65 07 04

## الدكتور الناجي مصطفى

طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري - الرباط  
طبيب سابق بالمستشفى العسكري الفرنسي - باريس



Casablanca, le : 27.02.2020

Nom et Prénom : El Nadir Ben Amine

Radiographie du rachis cervical profil

Pas d'anomalie de la minéralisation osseuse.

Pas d'anomalie de la statique sur cet examen réalisé en charge.

Respect de la ligne spino-lamellaire.

Respect de la hauteur des corps vertébraux et des espaces inter-somatiques.

Foramens de conjugaison libres.

Bonne congruence des massifs articulaires.

Intégrité de l'odontoïde.

Pas de calcification des parties molles d'allure pathologique.

Dr. NAJIM MUSTAPHA  
Cabinet Médical  
Lissasfa Extension N°353  
Casa. Tél.: 0522 65 07 04



## الدكتور الناجي مصطفى

طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري - الرباط  
طبيب سابق بالمستشفى العسكري الفرنسي - باريس



Casablanca, le : 27-02-2020

Nom et Prénom : EL NADJIB AMINA

Radiographie du genou

face

Pas d'anomalie de la minéralisation osseuse.

Respect des interlignes articulaires fémoro-tibiaux interne et externe.

Pas de lésion ostéolytique ou ostéocondensant suspecte visible.

Pas de calcification pathologique des parties molles.

Patella en place sur le cliché de profil.

Pas de volumineux épanchement visualisé

Dr. NAJI MUSTAPHA  
Cabinet Médical  
Lissasfa Extension N°353  
Casa. Tél.: 0522 65 07 04

## الدكتور الناجي مصطفى

طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري - الرباط  
طبيب سابق بالمستشفى العسكري الفرنسي - باريس



Casablanca, le : 27-12-20

Nom et Prénom : Elmadhars Amina

- R. Rachm Wad

Prof

- R. Gm D / r

Dr. NAJI MUSTAPHA  
Cabinet Médical  
Lissasfa Extension N°353  
Casa. Tel: 0522 65 07 04