

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

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° P19-

063282

ND: 28759

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6513 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAZOUANI ABDE RAHMANE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/04/2020

Nom et prénom du malade : MAZOUANI ABDE RAHMANE

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

Nature de la maladie : Roule libre

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) :

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
06/04/2019			1500H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/04/2020	140,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

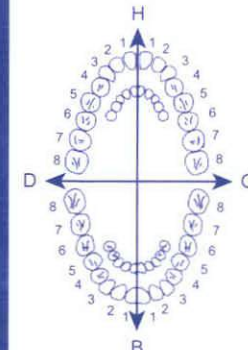
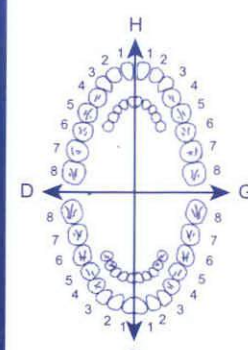
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EXPERT ASSERMENTE PRES LES TRIBUNAUX

Diplômé de l'Université de Montpellier 1

PREVENTION ET DÉPISTAGE EN GYNECOLOGIE

ECHOGRAPHIE

خبير محلف لدى المحاكم

خريج جامعة مونتيلي 1

الفحص بالصدى

Casablanca, le :

02/04/10

CHAZOUANI Abdelhakane

87,40

- Delicax No



195 mg 4x

53,10

• Hydrexol



140,50

28 mg 4x

PHARMACIE AHMED RAHAN
MALE BOUADDINE
Rue 69 N°4 - 1^{er} étage Hay Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 90 51 65

Dr. CHAFIK Fouad
Rue 69 N°4 - 1^{er} étage Hay Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 90 51 65

رولاكسول 500 ملغ/2 ملغ

باراسيتامول/ثيوكولشيكوزيد

أقراص

يخضع هذا الدواء لمراقبة إضافية ستمكن من التعرف بسرعة على المعلومات الجديدة
لارتباطه بالسلامة. يمكنك المساهمة فيها بالإبلاغ عن أي تأثير غير مرغوب فيه تتم ملاحظته
انظر نهاية الفقرة 4 كيف يتم التصريح عن التأثيرات الثانوية.

يرجى الاطلاع بانتباه على هذه النشرة قبل استعمال هذا الدواء.

احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قراءتها من جديد. إذا كان لديك أي سؤال آخر،
إذا كان لديك شك، اسأل الطبيب أو الصيدلي. لقد تم وصف
هذا الدواء لك بشكل شخصي. لا تقع بإعطائه لشخص آخر، حتى في حال وجود أعراض
مشابهة، لأنك قد تسبب الضرر له. إذا أصبح أحد التأثيرات غير المرغوب فيها خطراً أو
لاحظت أي تأثير غير مرغوب فيه لم يذكر في هذه النشرة، أخبر الطبيب أو الصيدلي.

1. ما هو رولاكسول وما هي الحالات التي يجب استعماله فيها؟

يوصف هذا الدواء في علاج كيميائي للتقلصات العضلية المؤلمة في الأمراض المفصالية لدى
الناقلين والمراهقين ابتداءً من 16 سنة.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول رولاكسول؟

لا تتناول أبداً رولاكسول في الحالات التالية: إذا كانت لديك حساسية لثيوكولشيكوزيد
أو باراسيتامول أو لأحد المكونات الأخرى للدواء (المذكورة في الفقرة 6). إذا كنت حاملاً
أو قد تصبحين حاملاً أو تعتقدين أنك حامل. إذا كنت من النساء في سن الإنجاب لا
تستعملين وسيلة لمنع الحمل. إذا كنت ترضعين. قصور كبدى خلوي أو مرض خطير في
الكبد. لدى الأطفال دون 16 سنة.

في حالة الشك، من الضروري استشارة الطبيب أو الصيدلي.

يجب الانتباه عند استعمال رولاكسول:

احتياطات الاستعمال الخاصة: يستعمل بحيطه في حالة سوابق الصرع أو الاختلاجات.
يتطلب ظهور نوبة اختلاجية توقيف العلاج.
في حالة جرعة مفرطة أو تناول جرعة جد مرتفعة عن طريق الخطأ، استشر الطبيب على
الفور.

يحتوي هذا الدواء على باراسيتامول. كما تحتوي عليه أدوية أخرى. تأكد من أنك لا
تتناول أدوية أخرى تحتوي على الباراسيتامول. ما في ذلك إذا كانت أدوية بدون وصفة
طبية.

لا تجمع بينها

تعليمات خاص
في حالة الأدم
احترم تماماً جر
بجرعة أكبر (أو)
جسمك عندما
الطبا (عند غير عادي من الصعوبات). وقت البرهنة على دنت سدر سمرات لدى
الميوالات والدراسات في المختبر. لدى الإنسان، يعتبر هذا النوع من الإصابات الخلوية عامل

LOT: 19E003
PER: 06 2022

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V: 53DH10
6 118000 060833

خطر لظهور السرطان، لتغير الخصوبة الذكورية وقد يشكل خطراً على المولود. يجب التحذير
إلى الطبيب إذا كان لديك المزيد من الأسئلة.

سوف يخبرك الطبيب عن كافة التدابير المرتبطة بمنع الحمل الفعال والمخاطر المحتملة
للحمل.

تُمدد مدة العلاج في 7 أيام متتالية.

قبل الشروع في العلاج بهذا الدواء، تحقق من عدم تناول أدوية أخرى تحتوي على
باراسيتامول.

تناول الباراسيتامول يمكن أن يسبب اضطرابات وظائف الكبد.

أخبر الطبيب: إذا كان وزنك يقل عن 50 كغ. إذا كنت تعاني من مرض كبدى أو مرض
خطير في الكلى. إذا كنت تستهلك الكحول كثيراً أو توقفت عن استهلاك الكحول مؤخراً.

إذا كنت تعاني من فقدان للماء من الجسم. إذا كنت تعاني مثلاً من سوء التغذية المزمن
إذا كنت في فترة الصوم. إذا فقدت الكثير من الوزن مؤخراً. إذا كان سنك يفوق 75 سنة.

يفوق 65 سنة وتعالى من أمراض طويلة الأمد. إذا كنت مصاباً بقرصن نقص المناعة البنية
أو التهاب الكبد الفيروسي المزمن. إذا كنت تعاني من التليف الكيسي (مرض جنيني وورثي).

يتسم خاصة بإصابات تنفسية خطيرة. أو إذا كنت مصاباً بمرض جيلير (مرض وراثي حاد)
بترنغ بيلغروين في الدم.

ينصح بعدم استهلاك المشروبات الكحولية خلال العلاج.

في حالة انقطاع حديث العهد عن الإدمان المزمن على الكحول، يتزايد خطر الإصابة الكبدية
في حالة التهاب الكبد الفيروسي الحاد، توقف عن العلاج واستشر الطبيب.

في حالة مشكلة التغذية (سوء التغذية) أو فقدان الماء من الجسم، يجب تناول رولاكسول
أقراص بكل حذر.

الأطفال والمراهقون: لا تستعمل هذا الدواء لدى الأطفال أو المراهقين دون 16 سنة لأن
السلامة.

في حالة الشك، لا تتردد في استشارة الطبيب أو الصيدلي.

تناول أو استعمال أدوية أخرى: يبلغ أنك تتناول هذا الدواء إذا وصف لك الطبيب تحذير
نسية الحمض اليوريك في الدم أو نسية السكر في الدم.

لا تتناول أدوية أخرى تحتوي على باراسيتامول. قد تتعرض لخطر جرعة مفرطة.

إذا كنت تتبع علاجاً مضاداً لتخثر الدم عن طريق الفم (وارفارين أو مضاد فينيتين K)
تناول باراسيتامول بالجرعات القصوى (4 غ/اليوم) لأكثر من 4 أيام يتطلب مراقبة مشددة.

التحاليل البيولوجية بما فيها خاصة النسبة القياسية الدولية. في هذه الحالة، استشر الد
قد تتناقض فعالية باراسيتامول إذا كنت تتناول في نفس الوقت الراتينجات المخملية -

بخص نسية الكولسترول في الدم (أحزم فاضلا زمناً لأكثر من ساعتين بين كل جرعتين
إذا حصلت في نفس الوقت على باراسيتامول وعلاج بفولوكسكاسيلين (مضاد حيوي).

تخاطر بالمعاناة من حمض أبيض (حموضة عالية في الدم بسبب تسرع معدل التنفس
قد يتزايد تسمم باراسيتامول إذا كنت تتناول:

• أدوية من المحتمل أن تكون سامة للكبد. • أدوية تخفف إنتاج الأيض السام لباراسيتامول
مثل الأدوية المضادة للصرع (فينوباربيتال، فينيتوين، كاربامازيبين، توبيرامات)،

• ريفاميسين (مضاد حيوي). • في نفس الوقت مع الكحول.

أخبر الطبيب أو الصيدلي إذا كنت تتناول أو تناولت مؤخراً أو قد تتناول في دواء آخر
قد يزيد رولاكسول من الطابع السام للكلوروفينيكول.

الحمل والرضاعة والخصوبة

لا تتناولي هذا الدواء: إذا كنت حاملاً، قد تصبحين حاملاً أو تعتقدين أنك حامل. •
كنت من النساء في سن الإنجاب من لا تستعملين وسيلة لمنع الحمل.

هذا الدواء قد يعرض المولود للخطر. لا تتناولي هذا الدواء إذا كنت ترضعين، لأنه ينتقل

DOLICOX®

60 mg

90 mg

120 mg

Etoricoxib

Comprimé pelliculé

Veuillez 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.

Composition du médicament :

60mg comprimé pelliculé :

• Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise :
Etoricoxib 60 mg

90mg comprimé pelliculé :

• Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise :
Etoricoxib 90 mg

120mg comprimé pelliculé :

• Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise :
Etoricoxib 120 mg

Excipient à effet notoire : Lactose monohydrate.

Classe pharmacothérapeutique ou le type d'activité :

DOLICOX® 60 mg 90mg et 120mg, comprimé pelliculé est l'un des médicaments de la classe des inhibiteurs sélectifs de la cyclo-oxygénase-2 (COX-2).

La classe pharmacothérapeutique : anti-inflammatoires anti-rhumatismaux, non stéroïdiens, coxibs.

Indications thérapeutiques :

DOLICOX® 60mg, comprimé pelliculé contribue à réduire la douleur et le gonflement (inflammation) des articulations et des muscles chez les patients atteints d'arthrose.

DOLICOX® 90mg, comprimé pelliculé contribue à réduire la douleur et le gonflement (inflammation) des articulations et des muscles chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde et de spondylarthrite ankylosante.

DOLICOX® 90mg, comprimé pelliculé est également utilisé pour le traitement de courte durée de la douleur modérée après chirurgie dentaire.

DOLICOX® 120 mg, comprimé pelliculé contribue à réduire la douleur et le gonflement (inflammation) des articulations et des muscles chez les patients atteints de goutte.

Posologie

Les comprimés pelliculés **DOLICOX® 60mg, 90mg et 120mg**, ne doivent être pris ni par les enfants, ni par les adolescents de moins de 16 ans.

Ne pas dépasser la dose recommandée pour le traitement de votre maladie. Il est important d'utiliser la dose la plus faible qui soulage votre douleur et de ne pas prendre **DOLICOX® 60mg, 90mg et 120 mg**, comprimé pelliculé plus longtemps que prescrit.

Arthrose

La dose recommandée est de 30 mg une fois par jour, augmentée à 60 mg maximum une fois par jour si nécessaire.

Patients avec problèmes hépatiques.

Polyarthrite rhumatoïde

La dose recommandée est de 90 mg une fois par jour.

Douleur aiguë

L'etoricoxib ne doit être utilisé que pendant la période de douleur aiguë

Douleur post-opératoire après chirurgie dentaire

La dose recommandée est de 90 mg une fois par jour, traitement limité à 3 jours maximum.

Patients avec problèmes hépatiques

Goutte

La dose recommandée est de 120 mg une fois par jour qui ne doit être utilisée que pendant la période aiguë de la douleur, limitée à 8 jours au maximum.

Patients avec problèmes hépatiques

En cas d'insuffisance hépatique légère (maladie du foie), vous ne devez pas prendre plus de 60 mg par jour.

Si vous avez une forme modérée d'insuffisance hépatique, la dose maximale recommandée est de 60 mg un jour sur deux, ou de 30 mg par jour.

Mode d'administration :

Voie orale.

Le ou les comprimés pelliculés **DOLICOX® 60mg, 90mg et 120 mg**, doivent être avalés avec une prise par jour. **DOLICOX® 60mg, 90mg et 120 mg**, comprimé pelliculé peut être pris au cours ou en dehors des repas.

• Durée du traitement

Ne prenez jamais DOLICOX® 60mg, 90mg et 120 mg, comprimé pelliculé dans les cas suivants :

- Allergie (hypersensibilité) à l'etoricoxib ou à l'un des autres composants contenu **DOLICOX® 60mg, 90mg et 120 mg**, comprimé pelliculé.
- Allergie aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), y compris l'aspirine.

Inhibiteurs sélectifs de la COX-2.

• Ulcère de l'estomac évoluant ou saignement gastro-intestinal.

• Maladie grave du foie.

• Maladie grave des reins.

• Grossesse et allaitement ou prévision de grossesse (voir Rubrique « Grossesse et allaitement »).

• Enfants et adolescents de moins de 16 ans.

• Maladie inflammatoire de l'intestin, leucémie, ou colite.

• Diagnostic de maladie cardiaque à type d'angine de poitrine, antécédents de crises cardiaques, ou toute sorte d'occlusion artérielle transitoire. L'etoricoxib pour le traitement de la douleur cardiaque et d'accident vasculaire cérébral ne doit pas être utilisé chez les patients ayant déjà eu des crises cardiaques.

• Hypertension artérielle non contrôlée par votre médecin si vous n'êtes pas sûr que vous pouvez la contrôler.

Si vous pensez que l'un de ces points vous concerne, consultez votre médecin avant de prendre ce médicament.

Effets indésirables :

Description des effets indésirables

Comme tous les médicaments, **DOLICOX®** peut provoquer des effets indésirables, mais ils sont rares.

Si vous présentez un de ces symptômes, arrêtez de prendre le médicament et consultez votre médecin.

60mg, 90mg et 120mg, comprimé pelliculé :

• Apparition ou aggravation d'un essoufflement, de toux, de crachats.

• Coloration jaune de la peau et des yeux, troubles hépatiques.

• Douleur d'estomac importante ou permanente.

• Réaction allergique pouvant inclure des plaques ou des vésicules, ou gonflement du visage, de la langue, de la gorge.

• Enrouement, difficulté à respirer.

La fréquence des effets indésirables possibles est la suivante :

Très fréquents (survenant chez plus de 1 patient sur 10).

Frequents (survenant chez 1 à 10 patients sur 100).

Peu fréquents (survenant chez 1 à 10 patients sur 1000).

Très rares (survenant chez moins de 1 patient sur 1000).

Les effets indésirables suivants peuvent survenir avec **60mg, 90mg et 120mg, comprimé pelliculé** :

Très fréquents : Douleur à l'estomac.

Frequents :

• Alvéolite; Gonflement des jambes et/ou des chevilles.

• Étourdissements, maux de tête; Palpitations, pression artérielle; Sifflements ou difficultés respiratoires.

• Brûlures d'estomac, diarrhée, indigestion, inflammation de l'œsophage, ulcération de l'œsophage.

• Pseudo-grippe.

Peu fréquents :

• Gastrite, infection des voies respiratoires.

• Anémie, diminution du nombre de globules rouges, diminution du nombre de plaquettes.

• Anxiété, dépression, diminution du discernement, insomnie, troubles du goût, troubles du sommeil, vision trouble, irritation et rougeur de la peau.

• Anomalie du rythme cardiaque, fréquence cardiaque élevée.

• Tension artérielle élevée.

• Tension artérielle basse.

• Tension artérielle normale.

• Tension artérielle élevée.

• Tension artérielle basse.

• Tension artérielle normale.

• Tension artérielle élevée.

• Tension artérielle basse.

• Tension artérielle normale.

• Tension artérielle élevée.

• Tension artérielle basse.

• Tension artérielle normale.

• Tension artérielle élevée.

• Tension artérielle basse.

• Tension artérielle normale.

• Tension artérielle élevée.

PPV: 67DH40
PER: 10/22
LOT: 12439

DOLICOX® 120 mg

Etoricoxib

7 Comprimés pelliculés

6 118000 041962

... sans aucun antécédent de saignement ...

• Vous êtes déshydraté(e).