

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-550577

83656

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3074 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL AKRAMINE EL Moustafa

Date de naissance : 01/07/1953

Adresse : N° 15 J. F. 24, EL WILAN ALFA - CAS

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26 APR 2021

Nom et prénom du malade : EL AKRAMINE EL Moustafa

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

Nature de la maladie : Regi sciallo Humer

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 : 05/05/1991

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
	C		2000	INF: 121106466

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Tél: 0522 90 71 07 / Casse 58, Route Mly Thami Hay Na DR. TIR Abdelaziz PHARMACIE POLYCLINIQUE		13,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

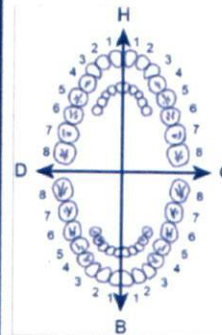
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

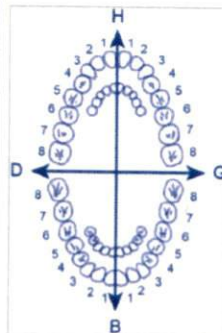
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

طبيب محلف

خبر الدم المحاكم

Casablanca, le :

26 APR 2021

الدار البيضاء، في :

Colfax way

Voltaire

Nodolite 400

137,30

ادكتور سعيد الشوكلي
طبيب محلف، طريق مولاي
الحمادي
القرب من مستشفى
مارولا - 07 90 70-88
الماناف.

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88: الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com



NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Dénomination du médicament :

Voltarène® 75mg/3ml

Solution injectable

Boîtes de 2 & 5 ampoules de 3 ml

Diclofénac sodium

Forme galénique et quantité de principe actif par unité

IM: Solution pour injection

IV: Solution concentrée pour perfusion

Ampoules (3 ml) à 75 mg.

Indications/Possibilités d'emploi

Injection intramusculaire

Traitement d'attaque des affections suivantes:

- Exacerbations de rhumatisme inflammatoire ou dégénératif: polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, arthroses et arthroses vertébrales, syndromes vertébraux douloureux, rhumatisme extra-articulaire.
- Crises de goutte aiguës.
- Colique néphrétique et hépatique.
- États inflammatoires et œdémateux douloureux post-traumatiques et post-opératoires.
- Crises de migraine sévères.

Perfusion intraveineuse

Traitement ou prévention des douleurs post-opératoires en milieu hospitalier.

Posologie/Mode d'emploi

De manière générale, il est recommandé d'adapter individuellement le dosage. Administrer la dose minimale efficace sur une durée la plus courte possible pour contrôler les symptômes permet de réduire les effets indésirables (cf. « Mises en garde et précautions »).

Adultes

Voltarène solution pour injections ne doit pas être administré pendant plus de 2 jours; au besoin, le traitement peut être poursuivi avec les dragées ou les suppositoires Voltarène.

Injection intramusculaire

Les instructions ci-après pour l'injection i.m. doivent être respectées afin d'éviter des lésions de nerfs ou d'autres tissus au site d'injection (celles-ci peuvent provoquer une faiblesse musculaire, des paralysies musculaires ou une hypoesthésie).

La posologie est généralement de 1 ampoule à 75 mg/d à injecter profondément dans le quadrant supéro-externe de la fesse dans des conditions d'asepsie. Dans les cas graves (p.ex. lors de coliques) 2 ampoules à 75 mg/d peuvent exceptionnellement être administrées à quelques heures d'intervalle en changeant de côté. Une ampoule à 75 mg peut aussi être combinée avec d'autres formes pharmaceutiques de



VOLTARENE® 75 mg/3 ml

Solution injectable Boîte de 5.

PPV: 56,30 DH 4617135 MA

Clinique se limite au traitement d'attaque d'une ampoule à 75 mg injectés dans les meilleurs délais puis, en cas de besoin, passage aux suppositoires le même jour jusqu'à une dose de 75 mg. La posologie totale au premier jour ne doit pas excéder 150 mg.

On ne dispose d'aucune donnée concernant l'utilisation de Voltarène dans les cas de migraine sur une durée supérieure à 24 h. S'il s'avère cependant nécessaire de poursuivre le traitement les jours suivants la première injection, la dose maximale quotidienne ne devra pas excéder 150 mg, sous forme de suppositoires et fractionnée en plusieurs prises.

Perfusion intraveineuse

Voltarène ne doit pas être injecté en bolus intraveineux.

Immédiatement avant l'administration il faut diluer Voltarène avec l'un des solutés de perfusion suivants: NaCl 0.9% ou glucose 5%, chaque soluté devant être tamponné avec du bicarbonate de sodium (cf. « Instruction concernant l'utilisation/mode d'emploi » et « Remarques particulières »).

Deux alternatives posologiques sont recommandées pour Voltarène:

A titre thérapeutique, lors de douleurs post-opératoires modérées à fortes, perfuser 75 mg en continu sur une durée de 30 min à 2 h. Si nécessaire, répéter

COLTRAX® 4mgComprimés,
Boîtes de 12**COLTRAX® 4ml/2ml**Ampoules,
Boîtes de 6 ampoules de 2ml**THIOLCHOLCHOSIDE**

• 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.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT**Composition qualitative et quantitative**

Comprimés p cp
THIOLCHOLCHOSIDE (DCI) 4 mg
Excipients Q.S.P. 1 Comprimé

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Lactose et saccharose (pour la forme comprimé)

Solution injectable IM p ampoule
THIOLCHOLCHOSIDE (DCI) 4 mg
Excipients Q.S.P. 2 ml

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Sodium (IM)

Classe pharmacothérapeutique

Classe pharmacothérapeutique : MYORELAXANT.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Traitement d'appoint des contractures musculaires douloureuses en pathologie rachidienne aiguë chez les adultes et les adolescents à partir de 16 ans.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?**POSOLOGIE :****Comprimés :**

La dose recommandée et maximale est de 8 mg toutes les 12 heures (soit 16 mg par jour). La durée du traitement est limitée à 7 jours consécutifs.

Solution injectable IM :

La dose recommandée et maximale est de 4 mg toutes les 12 heures (soit 8 mg par jour). La durée du traitement est limitée à 5 jours consécutifs.

Ne dépassez pas la dose recommandée ni la durée du traitement. Ce médicament ne doit pas être utilisé pour un traitement à long terme

Utilisation chez les enfants et les adolescents

N'administrez pas ce médicament à des enfants ou des adolescents âgés de moins de 16 ans pour des raisons de sécurité.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

COLTRAX® Comprimés : Voie orale.

COLTRAX® Ampoules : Voie intramusculaire.

DUREE DE TRAITEMENT :

NE DEPASSEZ PAS LA POSOLOGIE NI LA DUREE DE TRAITEMENT PRESCRITES PAR VOTRE MEDECIN.

ATTENTION !**DANS QUELS CAS NE**

Si votre médecin vous prescrit certains sucres, confitez ou médicaments.

Ne prenez jamais COLTRAX®

- Si vous êtes allergique à la colchicine ou à l'un de ses excipients.
- Si vous êtes enceinte, ou si vous pensez l'être.
- Si vous êtes une femme en âge d'avoir des enfants n'utilisant pas de contraception.
- Si vous allaitez.
- En cas de trouble de la coagulation ou si vous suivez un traitement anticoagulant (contre-indication liée à la voie intramusculaire) Pour la forme Ampoules.

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

EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

COMME TOUS LES MEDICAMENTS, COLTRAX EST SUSCEPTIBLE D'AVOIR DES EFFETS INDESIRABLES, MAIS ILS NE SURVIENNENT PAS SYSTEMATIQUEMENT CHEZ TOUT LE MONDE.

Les effets indésirables suivants surviennent fréquemment :

- Des troubles digestifs tels que diarrhée et douleurs à l'estomac. Si ces effets surviennent, vous devez prévenir votre médecin.
- De la somnolence.

Les effets indésirables suivants surviennent peu fréquemment :

- Des troubles digestifs tels que nausées et vomissements. Si ces effets surviennent, vous devez prévenir votre médecin.
- Des réactions sur la peau telles que des démangeaisons, des rougeurs, des boutons, des vésicules ou des bulles sur la peau.

Les effets indésirables suivants surviennent rarement :

- Ce médicament peut provoquer une réaction allergique telle que de l'urticaire.
- Une excitation ou une obnubilation passagère pour la forme ampoules.

Les effets indésirables suivants sont de fréquence indéterminée :

- Ce médicament peut provoquer une réaction allergique telle qu'un œdème de Quincke (brusque gonflement du cou et du visage pouvant entraîner une difficulté à respirer). Il peut provoquer également un choc anaphylactique (réaction allergique grave mettant le patient en danger avec malaise brutal et baisse importante de la tension artérielle, pouvant être précédée d'une éruption de boutons, de démangeaisons, de rougeurs sur la peau, d'une difficulté à respirer, d'un gonflement du visage et/ou du cou).

- Des convulsions ou des récurrences de crises chez les patients épileptiques.

- Une atteinte du foie (hépatites)

- Un malaise de type vagal rapporté quasi exclusivement dans les minutes suivant une administration IM pour la forme ampoules.

Si l'un de ces effets survient, arrêtez le médicament et contactez immédiatement votre médecin.

LOT 006620
UT AV 09 23
PPV 51.00 DH

نو-دول فين

إيبوبروفين

400مغ

SANOFI

أقراص مغلفة



في هذه النشرة :

1. ما هو نو-دول فين 400 مغ. أقراص مغلفة وما هي الحالات التي يجب استعماله فيها ؟
2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول نو-دول فين 400 مغ. أقراص مغلفة ؟
3. كيف يجب استعمال نو-دول فين 400 مغ. أقراص مغلفة ؟
4. ما هي التأثيرات غير المرغوب فيها المحتملة ؟
5. كيف يجب حفظ نو-دول فين 400 مغ. أقراص مغلفة ؟
6. معلومات إضافية.

1. ما هو نو-دول فين 400 مغ. أقراص مغلفة وما هي الحالات التي يجب استعماله فيها ؟

الصفحة الصبدي العلاجي

يحتوي هذا الدواء على مضاد التهاب لستيرودي : إيبوبروفين

التعليمات العلاجية

يوصف لدى البالغين (ما فوق 15 سنة) :

علاج طويل الأمد في :

- بعض أنواع التهاب المفاصل المزمنة (روماتزم).

- بعض أنواع داء المفاصل الحادة.

علاج قصير الأمد في :

- بعض الالتهابات في محيط المفاصل (التهاب الأوتار، التهاب كيسي، كتف مؤلم حاد).

- آلام حادة للتهاب المفاصل.

- بعض التهابات المفاصل مع ترسب البلورات مثل التقرص.

- آلام قلبية حادة.

- آلام بعدة مرتبطة بتوتر عصب مثل العصب الورقي (عرق النسا).

- آلام وذمات مرتبطة بصدمة.

- حمى وآلام آلام مثل آلام الرأس وحالات زكامية وآلام الأسنان وتصلب العضلات وعادة شديدة مؤلمة.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول نو-دول فين 400 مغ. أقراص مغلفة ؟

موانع الاستعمال

لا تستعمل أبداً نو-دول فين 400 مغ. أقراص مغلفة في الحالات التالية :

- بعد 5 أشهر كاملة من الحمل (24 أسبوعاً من انقطاع الطمث).

- سوابق الحساسية أو الربو سببها تناول هذا الدواء أو دواء مشابه، وخاصة مضادات الالتهابات

الستيرودية الأخرى، الأسبرين.

- سوابق الحساسية لأحد مكونات هذا المنتج.

- حرقه المعدة أو المعى الاثناعشري في تطور.

- مرض خطير في الكبد.

- مرض خطير في الكلية.

- مرض خطير في القلب.

- ذبحة حامية مجموعة.

احتياطات الاستعمال : تحذيرات خاصة

انتبه عند استعمال نو-دول فين 400 مغ. أقراص مغلفة :

بجرعات كبيرة تتجاوز 1200 مغ/اليوم، يتوفر هذا الدواء على خصائص مضادة للالتهابات وقد تسبب

في سبيلات قد تكون أحياناً خطيرة، والتي يمكن ملاحظتها مع الأدوية المضادة للالتهابات.

قبل استعمال هذا الدواء، استشر الطبيب في حالة :

- سوابق الربو مقترن بالتهاب الأنف المزمن، التهاب الجيوب مزمن أو سيلان الأنف. قد يؤدي

استعمال هذا الدواء إلى أزمة الربو، خاصة لدى بعض الأشخاص المعرضين للحساسية للأسبرين أو

مضاد التهاب الالتهابي (انظر لا تتناول أبداً نو-دول فين 400 مغ. أقراص مغلفة).

- علاج موازي مضاد لتخثر الدم. قد يؤدي هذا الدواء إلى أعراض معدية معوية خطيرة.

- سوابق هضمية (فقر حجابي، نزيف هضمي، حرقه قديمة في المعدة أو المعى الاثناعشري).

- مرض القلب، الكبد أو الكلى.

- غلوكوزيميا، ملازمة عدم امتصاص غلوكوز وغالاكتوز أو نقص في لاكتاز (أمراض أليضية نادرة).

- بسبب وجود لاكتوز.

خلال العلاج، في حالة :

- اضطرابات بصرية، آخر الطبيب.

- نزيف معدي معوي (تساقط الدم من الفم أو طرحة في البراز أو اسوداد البراز). أوقف العلاج واتصل

فوراً بالطبيب أو بمصلحة المستشفيات الطبية.

- علامات تشع إلى حساسية لهذا الدواء، وخاصة الربو أو انتفاخ مفاجئ في الوجه والعنق (انظر ما

هي التأثيرات غير المرغوب فيها المحتملة ؟)، توقف عن العلاج واتصل فوراً بالطبيب أو بمصلحة

المستشفيات الطبية.

تفاعلات مع أدوية أخرى

يحتوي هذا الدواء على مضاد التهاب لستيرودي : إيبوبروفين. لا تتناول مع هذا الدواء أدوية

أخرى في نفس الوقت تحتوي على مضادات الالتهابات الستيرودية وآل الأسبرين. أطلع بانتباه على

نشرة الأدوية الأخرى التي تتناولها حتى تتأكد من غياب مضادات الالتهابات الستيرودية وآل

الأسبرين.

تناول أو استعمال أدوية أخرى

المرجو إخبار الطبيب أو الصيدلي إذا كنت تتناول أو تناولت دواء آخر مؤخرًا، وخاصة مضادات تخثر

الدم عن طريق الفم، مضادات الالتهابات الستيرودية الأخرى بما فيها الأسبرين بجرعات كبيرة،

هيبارين، ليتيوم، ميتوثرينيكسات بجرعات كبيرة (أكثر من 15 مغ في الأسبوع)، حتى إن تعلق الأمر بدواء

دون وصفة طبية.

الاستعمال خلال الحمل والرضاعة

الحمل

خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (12 أسبوعاً من انقطاع الطمث، أي 12 أسبوعاً بعد أول يوم من

آخر حيض). قد يصف الطبيب هذا الدواء إذا اقتضى الحال.

من 2.5 إلى 5 أشهر كاملة من الحمل (12 إلى 24 أسبوعاً من انقطاع الطمث)، لن يستعمل هذا الدواء

سوى بوصفة من الطبيب وبمدة قصيرة الأمد. لا يصبح بتاتا باستعمال هذا الدواء لمدة طويلة.

بعد 5 أشهر كاملة من الحمل (أكثر من 24 أسبوعاً من انقطاع الطمث)، لا يجب استعمال هذا الدواء

بأي حال من الأحوال، لأن آثاره على طفلك قد تكون لها عواقب خطيرة خاصة على المستوى القلبي

الرئوي والكليوي، حتى لو تعلق الأمر بجرعة واحدة.

إذا تناولت هذا الدواء خلال حملك في أكثر من خمسة أشهر كاملة، تحدثي إلى الطبيب المختص في طب

النساء والتوليد حتى يقرر عليك المراقبة المناسبة.

النساء والتوليد حتى يقرر عليك المراقبة المناسبة.