

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

M22- N° 001381

110127

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 1834 ..... Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : ..... KAGHAT Abdel Haq .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 06.12.93.75.84 ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....  
Traitement ALD  
6 mois  
divisé / 2 dos

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... KAGHAT Abdel Haq ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro-Radiologie
- B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- HOSPITALISATION EN HOPITAL
- HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



maladie chronique

# MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 28 57 / 28 83  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N° 810509

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : KAGHAT Abdelhaq  
Matricule : 1837 Fonction : retraite Poste : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Tél. : 0650 935584 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : \_\_\_\_\_ Age : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
Date de la première visite du médecin : \_\_\_\_\_  
Nature de la maladie : \_\_\_\_\_  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : \_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Durée d'utilisation 3 mois

**MUPRAS**  
31 MAR. 2022  
**ACCUEIL**  
ZAIT ALI  
M  
R  
Signature et cachet du médecin

### VOLET ADHERENT

DECLARATION

N° 810509

Matricule N° : \_\_\_\_\_  
Nom du patient : \_\_\_\_\_  
Date de dépôt : \_\_\_\_\_  
Montant engagé : \_\_\_\_\_  
Nombre de pièces jointes : \_\_\_\_\_



MUPRAS

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/03/22	496,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	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	

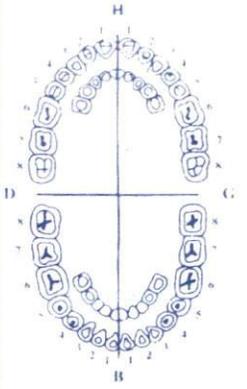
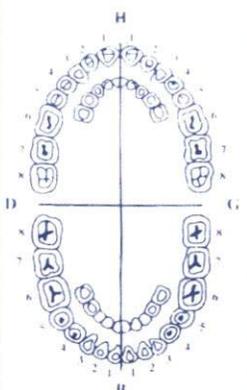
**VOLET ADHERENT**

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canin ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 50px;" type="text"/>															
				MONTANT DES SOINS <input style="width: 50px;" type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	00000000	D	00000000	00000000	G	00000000	35533411	B	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 50px;" type="text"/>
		H																	
	25533412		21433552																
	00000000	D	00000000																
	00000000	G	00000000																
	35533411	B	11433553																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS <input style="width: 50px;" type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input style="width: 50px;" type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Pharmacie Al Motahida

31,rue 36 lotissement Sidi Abderrahmane  
Aloulfa,casablanca-Tél.:0522895602

Patente N° : 36036700

R.C: 331308

ICE: 00500250000015

Casablanca le : 23/03/2012

**Facture N°:** 1

Fait pour:

Produits	Quantités	Prix Unitaire	Total
Abacand 1g	03	165.50	496.50
			496.50

Facture arretée à la somme de :

Quatre cent quatre  
vingt seize ds et  
cinquante cs

Signature et cachet de pharmacien

Pharmacie AL MOTAHIDA  
31, rue 36 lotissement Sidi Abderrahmane  
Aloulfa, Casablanca - Tél. : 0522895602

## أتاكاند 4 ملغ، قرص قابل للقسمة أتاكاند 8 ملغ، قرص قابل للقسمة أتاكاند 16 ملغ، قرص قابل للقسمة

كانديسارتان سيلكزيتيل

يرجى قراءة هذه النشرة بتمعن قبل الشروع في استعمال هذا الدواء.

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج إلى قراءتها مجدداً.
- إذا كانت لديك أسئلة أخرى أو شكوك، استشر الطبيب أو الصيدلي للحصول على معلومات إضافية.
- وصف هذا الدواء لك شخصياً، لا تعطه لشخص آخر حتى إذا ظهرت عليه نفس الأعراض، يمكن لذلك أن يضر به.
- إذا أصبح أي من الآثار الجانبية خطيراً، أو شعرت بأي أثر جانبي غير مذكور في هذه النشرة، استشر الطبيب أو الصيدلي.

في هذه النشرة

1. ما هو أتاكاند 4، قرص قابل للقسمة، وما هي دواعي استعماله ؟
2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل تناول أتاكاند 4، قرص قابل للقسمة ؟
3. كيف تتناول أتاكاند 4، قرص قابل للقسمة ؟
4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة ؟
5. كيف يُحفظ أتاكاند 4، قرص قابل للقسمة ؟
6. معلومات أخرى.

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubair bnoou el ououm roches  
noires casablanca  
**ATACAND**

16 mg  
Bte de 30  
Cpréc

140/80DMP/21ANRO P.P.V.: 165.50 DH  
118001 020548

توزيع.

وهو

سي يساعد على خفض ضغط

1. ما هو أتاكاند 4، قرص قابل للقسمة

يحتوي هذا الدواء هو أتاكاند 4، ويحتوي

يتمى هذا الدواء إلى مجموعة أدوية تس

عمل عن طريق ارتخاء وتوسيع الأوعية

للم شريانين كما أن، يسهل ذلك على

أعلمي الطبيب إذا كنت تشكين بأنك حامل (أو من المحتمل أن تصبحي حاملاً).  
لا ينصح بتناول أتاكاند 4 في بداية الحمل ويجب عدم تناوله بعد تجاوز الشهر  
3 من الحمل لأنه قد يؤثر بشكل خطير على الطفل إذا ما استعمل بعد هذه  
المرحلة من الحمل (راجع قسم «الحمل»).

من الممكن أن يطلب منك الطبيب زيارته بشكل أكثر تواتراً من أجل القيام  
باختبارات لمعرفة إذا ما كنت تعاني من أي من هذه الأمراض.

إذا كنت ستخضع لعملية جراحية، أعلم الطبيب أو طبيب الأسنان بأنك تتناول  
أتاكاند 4. ففي الواقع، عند استعمال بعد الأدوية المخدرة بالاشتراك مع أتاكاند 4،  
قد يسبب هذا الأخير انخفاض ضغطك الدموي الشرياني.

لا ينصح باستخدام هذا الدواء لدى المرضى الذين يعانون من عدم تحمل  
الجالاكتوز، عوز اللاكتاز، أو متلازمة سوء امتصاص الجلوكوز والجالاكتوز  
(أمراض وراثية نادرة).

### الاستخدام لدى الأطفال

لا توجد أية تجارب حول إعطاء أتاكاند 4 للأطفال (أقل من 18 سنة). لذا لا  
ينبغي إعطاء أتاكاند 4 للأطفال.

### تناول أدوية أخرى

أعلم الطبيب أو الصيدلي إذا كنت تتناول أو تناولت مؤخرًا أي أدوية أخرى، بما  
في ذلك الأدوية التي حصلت عليها دون وصفة طبية. قد يغير أتاكاند 4 فعل  
بعض الأدوية الأخرى، كما يمكن للأدوية الأخرى أن تغير من فعل أتاكاند 4.  
إذا كنت تتناول أدوية أخرى، قد يكون الطبيب بحاجة إلى إجراء فحوصات الدم  
من حين لآخر.

أعلم الطبيب خاصة إذا كنت تتناول أي من الأدوية التالية:

- الأدوية الأخرى المستعملة لخفض ضغط الدم الشرياني، مثل حاصرات  
البيتا، الديازوكسيد ومثبطات إنزيم التحويل (IEC)، مثل الإينالابريل،  
الكابتوبريل، الليزينوبريل أو الرامبيرييل.
- مضادات الالتهاب اللاستيرويدية، مثل الإيبوبروفين، النابروكسين،  
الديكلوفيناك، السيليكوكسيب أو الإيتوريكوكسيب (أدوية مسكنة الألم  
ومضادة للالتهاب).

تناول أكثر من 3 غرام في اليوم

## أتاكاند 4 ملغ، قرص قابل للقسمة أتاكاند 8 ملغ، قرص قابل للقسمة أتاكاند 16 ملغ، قرص قابل للقسمة

كانديسارتان سيلكزيتيل

يرجى قراءة هذه النشرة بتمعن قبل الشروع في استعمال هذا الدواء.

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج إلى قراءتها مجدداً.
- إذا كانت لديك أسئلة أخرى أو شكوك، استشر الطبيب أو الصيدلي للحصول على معلومات إضافية.
- وصف هذا الدواء لك شخصياً، لا تعطه لشخص آخر حتى إذا ظهرت عليه نفس الأعراض، يمكن لذلك أن يضر به.
- إذا أصبح أي من الآثار الجانبية خطيراً، أو شعرت بأي أثر جانبي غير مذكور في هذه النشرة، استشر الطبيب أو الصيدلي.

في هذه النشرة

1. ما هو أتاكاند 4، قرص قابل للقسمة، وما هي دواعي استعماله ؟
2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل تناول أتاكاند 4، قرص قابل للقسمة ؟
3. كيف تتناول أتاكاند 4، قرص قابل للقسمة ؟
4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة ؟
5. كيف يُحفظ أتاكاند 4، قرص قابل للقسمة ؟
6. معلومات أخرى.

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubair bnou al ouam roches  
noires casablanca  
**ATACAND**

1. ما هو أتاكاند 4، قرص ق

16 mg  
Boîte de 30  
Cpréc

140780DMP21A90 P.P.V.: 165,50 DH  
118001 020548

يحتوي هذا الدواء هو أتاكاند 4، ويحتوي  
تتمى هذا الدواء إلى مجموعة أدوية تس  
عمل عن طريق ارتخاء وتوسيع الأوعية  
لدم الشرياني كإحدى الوسائل التي ت

أعلمي الطبيب إذا كنت تشكين بأنك حامل (أو من المحتمل أن تصبحي حاملاً).  
لا ينصح بتناول أتاكاند 4 في بداية الحمل ويجب عدم تناوله بعد تجاوز الشهر  
3 من الحمل لأنه قد يؤثر بشكل خطير على الطفل إذا ما استعمل بعد هذه  
المرحلة من الحمل (راجعى قسم «الحمل»).

من الممكن أن يطلب منك الطبيب زيارته بشكل أكثر تواتراً من أجل القيام  
باختبارات لمعرفة إذا ما كنت تعاني من أي من هذه الأمراض.  
إذا كنت ستخضع لعملية جراحية، أعلم الطبيب أو طبيب الأسنان بأنك تتناول  
أتاكاند 4. ففي الواقع، عند استعمال بعد الأدوية المخدرة بالاشتراك مع أتاكاند 4،  
قد يسبب هذا الأخير انخفاض ضغطك الدموي الشرياني.  
لا ينصح باستخدام هذا الدواء لدى المرضى الذين يعانون من عدم تحمل  
الجالاكتوز، عوز اللاكتاز، أو متلازمة سوء امتصاص الجلوكوز والجالاكتوز  
(أمراض وراثية نادرة).

### الاستخدام لدى الأطفال

لا توجد أية تجارب حول إعطاء أتاكاند 4 للأطفال (أقل من 18 سنة). لذا لا  
ينبغي إعطاء أتاكاند 4 للأطفال.

### تناول أدوية أخرى

أعلم الطبيب أو الصيدلي إذا كنت تتناول أو تناولت مؤخراً أي أدوية أخرى، بما  
في ذلك الأدوية التي حصلت عليها دون وصفة طبية. قد يغير أتاكاند 4 فعل  
بعض الأدوية الأخرى، كما يمكن للأدوية الأخرى أن تغير من فعل أتاكاند 4.  
إذا كنت تتناول أدوية أخرى، قد يكون الطبيب بحاجة إلى إجراء فحوصات الدم  
من حين لآخر.

أعلم الطبيب خاصة إذا كنت تتناول أي من الأدوية التالية:

- الأدوية الأخرى المستعملة لخفض ضغط الدم الشرياني، مثل حاصرات  
البيتا، الديازوكسيد ومثبطات إنزيم التحويل (IEC)، مثل الإينالابريل،  
الكابتوبريل، الليزينوبريل أو الرامبيرييل.
- مضادات الالتهاب اللاستيرويدية، مثل الإيبوبروفين، النابروكسين،  
الديكلوفيناك، السيليكوكسيب أو الإيتوريكوكسيب (أدوية مسكنة الألم  
ومضادة للالتهاب).

تناول أكثر من 3 غرام في اليوم

## أتاكاند 4 ملغ، قرص قابل للقسمة أتاكاند 8 ملغ، قرص قابل للقسمة أتاكاند 16 ملغ، قرص قابل للقسمة

كانديسارتان سيلكزيتيل

يرجى قراءة هذه النشرة بتمعن قبل الشروع في استعمال هذا الدواء.

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج إلى قراءتها مجدداً.
- إذا كانت لديك أسئلة أخرى أو شكوك، استشر الطبيب أو الصيدلي للحصول على معلومات إضافية.
- وصف هذا الدواء لك شخصياً، لا تعطه لشخص آخر حتى إذا ظهرت عليه نفس الأعراض، يمكن لذلك أن يضر به.
- إذا أصبح أي من الآثار الجانبية خطيراً، أو شعرت بأي أثر جانبي غير مذكور في هذه النشرة، استشر الطبيب أو الصيدلي.

في هذه النشرة

1. ما هو أتاكاند 4، قرص قابل للقسمة، وما هي دواعي استعماله ؟
2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل تناول أتاكاند 4، قرص قابل للقسمة ؟
3. كيف تتناول أتاكاند 4، قرص قابل للقسمة ؟
4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة ؟
5. كيف يُحفظ أتاكاند 4، قرص قابل للقسمة ؟
6. معلومات أخرى.

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubair bnoou el ououm roches  
noires casablanca  
**ATACAND**

16 mg  
Blé de 30  
Cpréc

140/80DMP/21ANRO P.P.V.: 165.50 DH  
118001 020548

توزيع.

وهو

سي يساعد على خفض ضغط

1. ما هو أتاكاند 4، قرص ق

يم هذا الدواء هو أتاكاند 4، ويحتوي

تتمى هذا الدواء إلى مجموعة أدوية تس

عمل عن طريق ارتخاء وتوسيع الأوعية

للم شريانين كما أنه يساعد على خفض ضغط

أعلمي الطبيب إذا كنت تشكين بأنك حامل (أو من المحتمل أن تصبحي حاملاً).  
لا ينصح بتناول أتاكاند 4 في بداية الحمل ويجب عدم تناوله بعد تجاوز الشهر  
3 من الحمل لأنه قد يؤثر بشكل خطير على الطفل إذا ما استعمل بعد هذه  
المرحلة من الحمل (راجعى قسم «الحمل»).

من الممكن أن يطلب منك الطبيب زيارته بشكل أكثر تواتراً من أجل القيام  
باختبارات لمعرفة إذا ما كنت تعاني من أي من هذه الأمراض.  
إذا كنت ستخضع لعملية جراحية، أعلم الطبيب أو طبيب الأسنان بأنك تتناول  
أتاكاند 4. ففي الواقع، عند استعمال بعد الأدوية المخدرة بالاشتراك مع أتاكاند 4،  
قد يسبب هذا الأخير انخفاض ضغطك الدموي الشرياني.  
لا ينصح باستخدام هذا الدواء لدى المرضى الذين يعانون من عدم تحمل  
الجالاكتوز، عوز اللاكتاز، أو متلازمة سوء امتصاص الجلوكوز والجالاكتوز  
(أمراض وراثية نادرة).

### الاستخدام لدى الأطفال

لا توجد أية تجارب حول إعطاء أتاكاند 4 للأطفال (أقل من 18 سنة). لذا لا  
ينبغي إعطاء أتاكاند 4 للأطفال.

### تناول أدوية أخرى

أعلم الطبيب أو الصيدلي إذا كنت تتناول أو تناولت مؤخرًا أي أدوية أخرى، بما  
في ذلك الأدوية التي حصلت عليها دون وصفة طبية. قد يغير أتاكاند 4 فعل  
بعض الأدوية الأخرى، كما يمكن للأدوية الأخرى أن تغير من فعل أتاكاند 4.  
إذا كنت تتناول أدوية أخرى، قد يكون الطبيب بحاجة إلى إجراء فحوصات الدم  
من حين لآخر.

أعلم الطبيب خاصة إذا كنت تتناول أي من الأدوية التالية:

- الأدوية الأخرى المستعملة لخفض ضغط الدم الشرياني، مثل حاصرات  
البيتا، الديازوكسيد ومثبطات إنزيم التحويل (IEC)، مثل الإينالابريل،  
الكابتوبريل، الليزينوبريل أو الرامبيرييل.
- مضادات الالتهاب اللاستيرويدية، مثل الإيبوبروفين، النابروكسين،  
الديكلوفيناك، السيليكوكسيب أو الإيتوريكوكسيب (أدوية مسكنة الألم  
ومضادة للالتهاب).

تناول أكثر من 3 غرام في اليوم