

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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 Hap.

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 chirx / 2 ds

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KAGHAT Abdel Hap. 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) :

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 kinésithérapeute
- 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 au 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 / 2857 / 2883

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 Abdelhak**

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



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
	17/03/22	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	

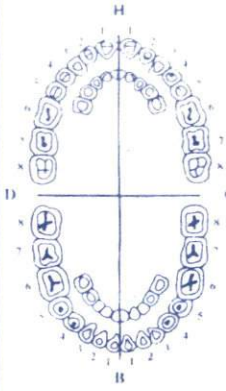
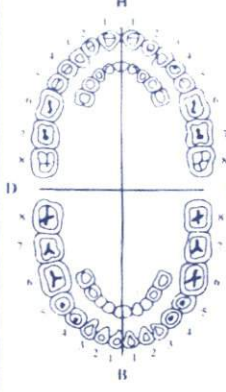
VOLET ADHERENT

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 can ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANT DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000	D	00000000	00000000	G	00000000	35533411	B	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	H	21433552														
00000000	D	00000000														
00000000	G	00000000														
35533411	B	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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



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 arrêtée à la somme de :

Quatre cent quatre
vingt seize ds et
cinquante ds

Signature et cachet de pharmacien

Pharmacie Al Motahida
Sidi Abderrahmane
Casablanca
0522895602

أتاكاند 4 ملغ، قرص قابل للقسمه أتاكاند 8 ملغ، قرص قابل للقسمه أتاكاند 16 ملغ، قرص قابل للقسمه

كانديسارتان سيلكتيزيل

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

عمالة؟

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou el ouam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg
Boite de 30

Cpr séc

140/180MP/21/180 P.P.V.: 165,50 DH
118001 020548

تَظِيل.

2. وهو

سي يساعد على خفض ضغط

دم الشريان

1. ما هو أتاكاند 4 ملغ، قرص قابل للقسمه ؟

س هو هذا الدواء هو أتاكاند 4 ملغ، ويحتوي

تتبع هذا الدواء إلى مجموعة أدوية تدعى

عمل عن طريق ارتخاء وتوسيع الأوعية

دم الشريان

أعلمي الطبيب إذا كنت تشكين بأنك حامل (أو من المحتمل أن تصبحي حاملاً).
لا ينصح بتناول أتاكاند 4 ملغ 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 ملغ. ففي الواقع، عند استعمال بعد الأدوية المخدرة بالاشتراك مع أتاكاند 4 ملغ،
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 الجلوكتوز والجالاكتوز
(أمراض وراثية نادرة).

الاستخدام لدى الأطفال

لا توجد أية تجارب حول إعطاء أتاكاند 4 ملغ للأطفال (أقل من 18 سنة). لذا لا
ينبغي إعطاء أتاكاند 4 ملغ 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 ملغ
بعض الأدوية الأخرى، كما يمكن للأدوية الأخرى أن تغير من فعل أتاكاند 4 ملغ.
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 الرامبوبريل.
- 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 للقسمه أتاكاند 8 ملغ، قرص قابل للقسمه أتاكاند 16 ملغ، قرص قابل للقسمه

كانديسارتان سيلكتيزيل

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

مما؟

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou el ouam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg
Boîte de 30

Cpr séc

140/180MP/21NRQ P.P.V.: 165,50 DH
118001 020548

تتيل.

هو

سي يساعد على خفض ضغط

الدم الشرياني

1. ما هو أتاكاند 4، قرص 4

في هذا الدواء هو أتاكاند 4، ويحتوي

تتلي هذا الدواء إلى مجموعة أدوية تد

عمل عن طريق ارتخاء وتوسيع الأوعية

الدم الشرياني

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 الجالوكوز 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 للقسمه أتاكاند 8 ملغ، قرص قابل للقسمه أتاكاند 16 ملغ، قرص قابل للقسمه

كانديسارتان سيلكتيزيل

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

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou el ouam roches
noires casablanca
ATACAND

1. ما هو أتاكاند 4، قرص 4
16 mg
Boîte de 30
Cpréc

تم هذا الدواء هو أتاكاند 4، ويحتوي
تمي هذا الدواء إلى مجموعة أدوية تد
عمل عن طريق ارتخاء وتوسيع الأوعية
الشرائية. 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 (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 الجلوكتوز 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