

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

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 personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

Nº P19- 048094

13020

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 09965

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Dr. EJJABRI MOHAMMED

Date de naissance : 18/10/1960

Adresse : 66 RUE GHAZZA HAY WAFAK BERRCHID

Tél. : 0645735956

Total des frais engagés : 590,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/07/2022

Nom et prénom du malade : Dr. Berrchid Najma Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Arthrose - polyarthrite

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 : BERRCHID

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
16/10/22			150,-	DR. TAJA OMAR DENTISTE 10 Bd. Hassan II Tissir 10000 Casablanca Tél: 05 22 32 69 23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE YASMINA 77 RUE IBNOU NAFIS HAY Yasmina Berrechid Tél : 05 22 53 31 88	16/10/22	440,50

062057401

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		A	M	P	C	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important:

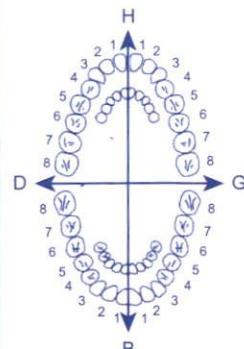
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. TAIB Karima

Médecine Générale

Lauréate de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie à Casablanca
Ex Interne à la Maternité
du CHU AVERROES Suivi de grossesse
Echographie - ECG



الدكتورة الطيبة كريمة

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقاً بقسم التوليد
بمستشفى ابن رشد
تتبع الحمل - الفحص الداخلي بالصدى
التخطيط الكهربائي للقلب

Berrechid le 16/04/22

ORDONNANCE

PHARMACIE YASMINA
77 RUE IBN NAFIS
HAY Yasmina Berrechid
Tél : 05 22 53 31 88

Sunelot Najona

S.V.

59,30

1) Benzi p eff (60)

53,40

2) Adenol

mp jndi

60,40

3) Drimida 100

mp x 2

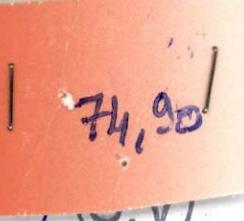
96,40 4) Fluoromizin

mp m

74,90 5) Bistone

Nayf

74,90



70 شارع الحسن الثاني، حي التيسير 1 (قرب محطة طاكسيات الكارة) - برشيد
77 RUE IBN NAFIS HAY Yasmina Berrechid
70, Bd HASSAN II, TISSIR I (Près Taxim's Garage) Berrechid
Tél. : 05 22 32 89 29 Yasmina Berrechid
Tél : 05 22 53 31 88

440,50

Di-INDO®

(Indométacine calcique pentahydrate)

1 - DENOMINATION DU MEDICAMENT

- DI-INDO® Comprimés dispersibles dosés à 25 mg en boîtes de 30 comprimés.
- DI-INDO® Comprimés effervescents à 25 mg en boîtes de 30 comprimés.
- DI-INDO® Gélules dosées à 25 mg (imprimées «DI-INDO® 25 mg») ivoire orange en boîtes de 30 gélules.
- DI-INDO® Comprimés effervescents dosés à 50 mg en boîtes de 15 comprimés.
- DI-INDO® Comprimés dispersibles dosés à 50 mg en boîtes de 15 comprimés.
- DI-INDO® Suppositoires dosés à 50 mg en boîtes de 10 suppositoires.
- DI-INDO® Suppositoires dosés à 100 mg en boîtes de 10 suppositoires.

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.

2 - COMPOSITION DU MEDICAMENT

- DI-INDO® Comprimés dispersibles à 25 mg

Indométacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Crospovidone, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, saccharine sodique, arôme ananas poudre atomisée E9819356, lactose monohydrate.

- DI-INDO® Comprimés effervescents à 25 mg

Indométacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, saccharine sodique, arôme pamplemousse poudre 17019455, benzoate de sodium, antimousse P0 30, docusate de sodium, alcool éthylique 96%, eau purifiée.

- DI-INDO® Gélules à 25 mg

Indométacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, lécitine de soja purifiée, carboxyméthyl amidon sodique, lactose monohydrate. Enveloppe de la gélule : gélatine, dioxyde de titane, jaune de quinoléine, jaune orange FCF, calibrage n° 2.

- DI-INDO® Comprimés effervescents à 50 mg

Indométacine calcique pentahydrate 50 mg
Excipients : Saccharine sodique, arôme pamplemousse, benzoate de sodium, acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, simethicone émulsion, docusate de sodium, alcool éthylique 96%, eau purifiée.

- DI-INDO® Comprimés dispersibles à 50 mg

Indométacine calcique pentahydrate 50 mg
Excipients : Silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, crospovidone, saccharine sodique, arôme ananas poudre atomisée E9819356, lactose monohydraté, cellulose microcristalline.

- DI-INDO® Suppositoires à 50 mg

Indométacine calcique pentahydrate 50 mg
Excipient polyglycolate de calcium 50 mg

- DI-INDO® Suppositoires à 100 mg

Indométacine calcique pentahydrate 100 mg
Excipient polyglycolate de calcium 100 mg

- DI-INDO® Suppositoires à 100 mg

Indométacine calcique pentahydrate 100 mg

Excipient polyglycolate de calcium 100 mg

LISTES D :

× Compris

× Gélule :

× Compris

comprimé

comprimé

3 - CLASS

Anti-inflammatoire

oxygénase

4 - INDICATIONS

Ce médicament

indiqué, chez :

- en traitement de :

- certains rhumatismes

- certaines arthroses severes

- en traitement de courte durée de :

- certaines inflammations du pourtour des articulations (tendinites,

bursites, épaule douloureuse aiguë),

certaines inflammations des articulations par dépôts de cristaux telle que la goutte,

douleurs aiguës d'arthrose,

douleurs liées à l'irritation aiguë d'un nerf telles que la sciatique.

5 - POSOLOGIE, MODE D'ADMINISTRATION ET DUREE DU TRAITEMENT

DANS TOUTS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

A TITRE INDICATIF :

La dose journalière habituelle est de 50 à 200 mg, à répartir en plusieurs prises.

Voie et mode d'administration

- Les formes orales doivent être prises au milieu des repas.

- Se laver les mains après manipulation du suppositoire.

Fréquence et moment auquel le médicament doit être administré

- Suppositoires : 1 à 2 suppositoires à 50 mg par jour.

ou 1 suppositoire à 100 mg par jour (le soir au coucher).

- Voie orale : 2 à 6 gélules ou comprimés dispersibles ou comprimés effervescents à 25 mg en doses fractionnées par jour.

1 à 3 comprimés dispersibles ou comprimés effervescents à 50 mg en doses fractionnées par jour.

Durée du traitement

DI-INDO® doit être utilisé aux doses prescrites et aussi longtemps que votre médecin l'aura conseillé.

Si vous avez pris plus de DI-INDO® que vous n'auriez dû : en cas de surdosage ou d'ingestion accidentelle, prévenir immédiatement un médecin.

6 - CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais DI-INDO®, dans les cas suivants :

- au delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée),

- antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de ce médicament ou d'un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, acide acétylsalicylique (aspirine),

- antécédent d'allergie à l'un des excipients,

- antécédents de saignements gastro-intestinaux ou d'ulcères liés à des traitements antérieurs par AINS,

- ulcère de l'estomac ou duodénum ancien en évolution ou récidivant, hémorragie gastro-intestinale, hémorragie cérébrale ou autre hémorragie en cours,

- maladie grave du foie,

- maladie grave du rein,

- maladie grave du cœur,

- enfant de moins de 15 ans.

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

7 - EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, DI-INDO® est susceptible d'entrainer des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Les médicaments tels que DI-INDO® pourraient augmenter le risque de crise cardiaque (« infarctus du myocarde ») ou d'accident vasculaire cérébral.

- Peut survenir :

- des réactions allergiques :

- cutanées de type éruption, urticaire, démangeaisons, inflammation des vaisseaux sanguins, rougeur, exceptionnellement : éruption cutanée en au soleil;

- type crise d'asthme, œdème pulmonaire; que gonflement du visage et du cou (œdème de l'appareil respiratoire),

- gonflement de la peau pouvant rapidement s'étendre de tout le corps,

- rares, il est possible que survienne une hémorragie plus fréquente que la posologie utilisée est élevée.

Arrêter le traitement et avertir un médecin immédiatement :

- maux d'estomac, nausées, vomissements, diarrhée, vertiges, fatigue intense, confusion mentale, syncope, je, angoisse, convulsions,

- tiques : délires, hallucinations, logiques : atteinte des nerfs des membres, mouvements de la peau et de la tête, gêne musculaire et plus rarement, fourmillements, sensation,

- les visuels : rarement, douleurs des orbites, vision trouble, des troubles du fonctionnement des reins,

- des troubles de l'audition : rarement, surdité, des troubles cardiaques : rarement, hypo ou hypertension, palpitations, douleur thoracique, troubles du rythme, œdèmes périphériques,

Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires

PPU 60DH40

EXP 01/2025
LOT 18016 3

رولاكسول 500 ملг/2 ملغ

باراسيتامول/ثيووكوليوكوزيد

أقراص

يخصّع هذا الدواء مرواقية إضافية ستمكن من التعرّف بسرعة على المعلومات الجديدة المرتبطة بالسلامة. يمكن المساعدة فيها بالإلاج عن أي تأثير غير مرغوب فيكم ملاحظة. انظر نهاية الفقرة 4 كيف يتم التصرير عن تأثيرات الثانية.

تُحدّد هذه العلاج في 7 أيام متتالية.

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

تناول باراسيتامول يمكن أن يسبب اضطرابات وظائف الكبد. أخير الطبيب: إذا كان وزنك يقل عن 50 كيلو، إذا كنت تعاني من مرض كبدى أو مرض خطير في الكلى، إذا كنت تعاني من فقدان الكحول مؤخراً أو توقيت عن استهلاك الكحول مؤخراً، إذا كنت تعاني من فقدان الماء 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 أو يفوق 65 سنة وتعاني من أمراض طوبية الأدمم، إذا كنت تعاني من اضطرابات المخيخ أو بالتهاب الكبد الفيروسي المزمن، إذا كنت تعاني من التليف الكبى (مرض جيني ووراثي يتسم خاصية إصابة النساء بحساسية خطيرة)، أو إذا كنت مصاباً بمرض جيلر (مرض وراثي مقترن بارتفاع بيريورين في الدم).

يتصدّع بعدم استهلاك المشروبات الكحولية خلال العلاج.

في حالة انقطاع عدّي العهد عن الإدمان المزمن على الكحول، يتزايد خطر الإصابة الكبدية.

في حالة التهاب الكبد الفيروسي الحاد، توقيت عن العلاج واستشارة الطبيب.

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

الأطفال والطفلون: لا تستعمل هذا الدواء لدى الأطفال أو المراهقين دون 16 سنة لأسباب السلامة.

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

تناول أو استعمال أدوية أخرى: أبلغ أنك تتناول هذا الدواء إذا وصف لك الطبيب تحليل نسبة المضض البوريك في الدم أو نسبة السكري في الدم.

لا تتناول أدوية أخرى تحتوي على باراسيتامول. قد تضرّر لخطرة مغفرة.

إذا كنت تتعّد علاجاً مثابداً لتغيير الدم عن طريق المضض (وافارين أو مضاد فيتامين K)، فإن

تناول باراسيتامول بالجرعات المقصوّي (4 غ/اليوم) لاكثر من 4 أيام يتطلّب مرافقة مساعدة للتحاليل ال比利وجينية بما فيها حلقة النسبة المئوية الدوائية. في هذه الحال، استشر الطبيب. قد تتناول قهوة عافية باراسيتامول إذا كنت تتناول في نفس الوقت ارتباخات المخيخية دواء يخفّض نسبة الكولستيرون في الدم (احتقرن فاصل زمياً لاكثر من ساعتين بين كل جرعتين).

أي حملات، نقص، الوقت على باراسيتامول وعلاج بفلوكوكساسلين (مضاد حيوي)، قد يبيّن ذلك.

أي احتقان، نقص، الوقت على باراسيتامول، على أيّ طبيعة (جموعه عالية في الدم بسبب تصرّع معدل التنسّق). بول: إذا كنت تتناول:

لكونك سامة للكلك، أدوية تخفّص إنتاج الأيض السام لباراسيتامول

برع (فينوبريباريل، فينيتوين، كاربامازين، توبرامات)،

ي، في نفس الوقت مع الكحول.

إذا كنت تتناول أو تتناول مؤخراً أو قد تتناول أي دواء آخر.

قد يزيد روسوسون من ارتفاع السام لكتوراميفيكوكول.

الحمل والرضاعة والخصوصية

لا تتناول هذا الدواء: إذا كنت حاملاً، قد تضرّر جهازك المعدّ، ثيالان، في، أخير الطبيب.

كنت من النساء في سن الإنجاب ولا تستعملين وسيلة منع الحمل.

هذا الدواء قد يعرض المولود للخطر، لا تتناول هذا الدواء إذا كنت ترضعن، لأنّه ينتقل إلى

ما هو رولاكسول وما هي الحالات التي يجب استعماله فيها؟

يوصى هذا الدواء في علاج تكميلي للقلائل المعلنة المولدة في المرض المفصلي لدى البالغين وأمراض الاعتلال ابتداءً من 16 سنة.

ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول رولاكسول؟

لا تتناول أبداً رولاكسول في الحالات التالية: إذا كانت لديك حساسية لثيووكوليوكوزيد أو/أو باراسيتامول أو لأحد المكونات الأخرى للدواء (المذكورة في الفقرة 6). إذا كنت حاملاً أو قد تصبح حاملاً أو تعتدين أنك حامل، إذا كنت من النساء في سن الإنجاب لا تستعملين وسيلة منع الحمل، إذا كنت تعرضين، قصور كيدي خلوي أو مرض خطير في الكبد. لدى الأطفال دون 16 سنة.

في حالة الشك، من الضروري استشارة الطبيب أو الصيدلي.

يجب الابتعاد عن استخدام رولاكسول.

احتياطات الاستعمال الخاصة: يستعمل ببطء في حالة سوابق الصرع أو الاختلالات.

يتطبع ظهور نوعية اختلاجية توقف العلاج.

في حالة جرعة مقرضة أو تناول جرعة قد مرتفعة عن طريق الخطأ، استشر الطبيب على الفور.

يحتوي هذا الدواء على باراسيتامول، كما تحتوي على أدوية

تناول أدوية أخرى تحتوي على باراسيتامول، بما في ذلك إ

طيبة.

لا تجمع بينها حتى لا تتجاوز الجرعة اليومية المقصوّ بها

تحذيرات خاصة: في حالة الإسهال، أخير الطبيب الذي قد يع

في حالة آلام المعدة، ثيالان، في، أخير الطبيب.

احترم قاماً جرعات ونوع العلاج الموصوفة في الفقرة 3. يجب عدم استخدام هذا الدواء بمفردة أكراخ (أي أقراص من رولاكسول) أو ملدة تجاوز 7 أيام، وذلك لأن المكونة في جسمك عندما تتناول ثيووكوليوكوزيد يغير عادات مرتفعة قد تتسبّب في إصابة في بعض

الخلايا (عدد غير مادي من الصبغيات). وبهذا يزيد روسوسون من ارتفاع السام لكتوراميفيكوكول

الحيوانات والدراسات في المختبر. لدى الإنسان، يعتبر هذا النوع من الإصابة المخاوية عامل

