

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.

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.

Educational :

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.

Prothèse :

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° P19-0010471

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05971 Société :


☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Serraji Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

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

Nom et prénom du malade : Serraji Age :

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

Nature de la maladie : 80

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0010471

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

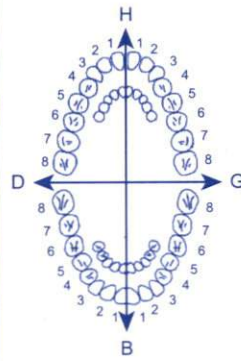
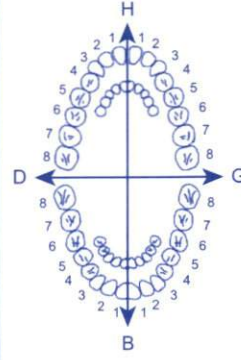
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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

VOLET ADHERENT

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 ou de présenter ses observations.

Ce 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
EVENORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

actes répétés en plusieurs séances, ou actes
à plusieurs échelons 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

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter 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



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° 863064

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Benadada seumya
Matricule : 5917 Fonction : Rehabilité Poste :
Adresse : 402 Route d'Idida Apt 332 case
Tél. : 066110 06 17 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BENADADA SEUMYA
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : lum sage
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A l'acte, le 01/06/2013
Signature et cachet du médecin : [Signature]

Validité 3 mois

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 |
|-----------------|-------------------|----------------------------------|---------------------------------|--|
| 01/06/19 | | Cr + Vis / Motion 300 a 300 = | | <i>Dr. Abdelhak EL KADHI</i> Dentiste 119, Bd de Bouquie, Résidence Elfenicia, ROC - Casablanca Tel: 0522 29 76 97 / 0522 22 85 61 Fax: 0522 20 94 44 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <i>Pharmacie MAXOSAS</i> <i>Hind LAKHMER</i> Docteur en Pharmacie 400, Route d'El Jadida CASABLANCA Tel: 022.98.86.97-Fax: 022.98.24.76 | 01/06/19 | 358,80 |

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 | |
| | | | | | | |

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire 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 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 | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | MONTANT DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور عبد الحق مودن
Docteur Abdelhak Mouden
spécialiste en :

Médecine Physique - Ostéopathie.

Podologie - Mésothérapie.

Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de la Société Française d'Ostéopathie

119, شارع بوركون - إقامة فنيسيا - الدار البيضاء

119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca

Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97 - Fax : 05 22 20 94 44

E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com

Patente : 40507422 - ICE : 001954000053 - INP 091113860

Casablanca, le :

01/06/2019

Mme BERNADA Saouya

2x 86,40 Dicoat 90 mg qd.

2x 37,00 1 qd / 142

- Duokel qd 1 - 1 - 1 157

23,00 - Biflex gel 1 AP 3x /

39,00 - OPRA 20g

358,80

Pharmacie MIMOSAS
Hind LAKHMIRI
Docteur en Pharmacie
400, Route d'El Jadida

Distribué par
MEDIPROMO
Tanger

Quartier Anasser, Rue 13, N°6 - Tanger



LOT N° : 219/21
EXP : 12/2021
PPC : 79 DH

Dr. Abdelhak Mouden
Médecin Rééducateur
119, Bd de Bourgogne
Tél 0522 27 85 61 / 29 76 97



الدكتور عبد الحق مودن
Docteur Abdelhak Mouden
spécialiste en :



Médecine Physique - Ostéopathie.
Podologie - Mésothérapie.
Traumatologie du Sport
Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier
Membre de la Société Française d'Ostéopathie

119, شارع بوركون - إقامة فنيسيا - الدار البيضاء
119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca
Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97 - Fax : 05 22 20 94 44
E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com
Patente : 40507422 - ICE : 001954000053 - INP 091113860

Casablanca, le : 01/06/2012

Acc
Lumbago

BENADA DA Soumaya

Consultation spécialisée CL = 300.-

Vis inf. Med = 300.-

TOTAL = 600.-

Six Cent dirhams

Docteur Abdelhak MOUDEN
Médecine Physique - Podologie
119, Bd de Bourgogne - Résidence
Phénicia, RDC - Casablanca
Tél. : 0522 29 76 97 / 0522 27 85 61
Fax : 0522 20 94 44

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.
- Le 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 ; 60 mg

Etoricoxib

90mg comprimé pelliculé :

- Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise ; 90 mg

Etoricoxib

120mg comprimé pelliculé :

- Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise ; 120 mg

Etoricoxib

Excipient à effet notoire : Lactose monohydrate.

Classe pharmacothérapeutique ou le type d'activité :

DOLICOX 60 mg, 90 mg et 120 mg, 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.

Qu'est-ce que l'arthrose ?

L'arthrose est une maladie des articulations. Elle résulte d'une altération progressive du cartilage qui protège les extrémités des os. Elle entraîne un gonflement (inflammation), une douleur, une sensibilité, une raideur et un handicap.

Qu'est-ce que la polyarthrite rhumatoïde ?

La polyarthrite rhumatoïde est une maladie inflammatoire chronique des articulations. Elle provoque douleur, raideur, gonflement et perte progressive du mouvement des articulations atteintes. Elle peut entraîner également une inflammation d'autres parties du corps.

Qu'est-ce que la spondylarthrite ankylosante ?

La spondylarthrite ankylosante est une maladie inflammatoire de la colonne vertébrale et des articulations sacro-iliaques.

Qu'est-ce que la goutte ?

La goutte est une maladie qui se manifeste, au niveau des articulations, par des crises soudaines et récurrentes associant une inflammation, une rougeur et une très vive douleur. Elle est provoquée par des dépôts de cristaux minéraux dans les articulations.

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. Votre médecin sera amené à discuter de votre traitement régulièrement. 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, ceci en raison du risque de crise cardiaque et d'accident vasculaire cérébral qui peut augmenter après un traitement prolongé, en particulier à hautes doses.

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

DOLICOX 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 au 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 3 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.

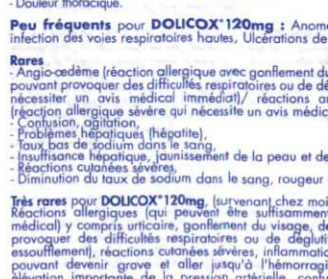
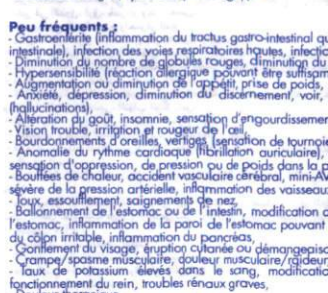
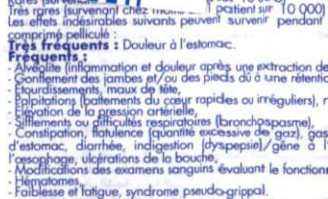
Si vous avez une forme modérée d'insuffisance hépatique, la dose maximale recommandée est de 60 mg un jour sur deux, ou de 30 mg par jour.

Mode d'administration :

Voie orale.

Le ou les comprimés pelliculés DOLICOX® 60mg, 90mg et 120 mg, doivent être avalés en une prise par jour.

DOLICOX 60mg, 90mg et 120 mg, comprimé pelliculé peut être pris au cours ou en dehors des repas.



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.
- 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, 90 mg et 120 mg, 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.

Qu'est-ce que l'arthrose ?
 L'arthrose est une maladie des articulations. Elle résulte d'une altération progressive du cartilage qui protège les extrémités des os. Elle entraîne un gonflement (inflammation), une douleur, une sensibilité, une raideur et un handicap.

Qu'est-ce que la polyarthrite rhumatoïde ?
 La polyarthrite rhumatoïde est une maladie inflammatoire chronique des articulations. Elle provoque douleur, raideur, gonflement et perte progressive du mouvement des articulations atteintes. Elle peut entraîner également une inflammation d'autres parties du corps.

Qu'est-ce que la spondylarthrite ankylosante ?
 La spondylarthrite ankylosante est une maladie inflammatoire de la colonne vertébrale et des articulations sacro-iliaques.

Qu'est-ce que la goutte ?
 La goutte est une maladie qui se manifeste, au niveau des articulations, par des crises soudaines et récurrentes associant une inflammation, une rougeur et une très vive douleur. Elle est provoquée par des dépôts de cristaux minéraux dans les articulations.

Possologie
 Les comprimés pelliculés **DOLICOX** 60mg, 90mg & 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. Votre médecin sera amené à discuter de votre traitement régulièrement. Il est important d'utiliser la dose la plus faible qui soulage votre douleur et de ne pas prendre **DOLICOX** 60mg, 90mg & 120 mg, comprimé pelliculé plus longtemps que prescrit, ceci en raison du risque de crise cardiaque et d'accident vasculaire cérébral qui peut augmenter après un traitement prolongé, en particulier à toutes doses.

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
 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 au 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 à 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.

Les comprimés pelliculés **DOLICOX** 60mg, 90mg & 120 mg, doivent être avalés en une prise par jour.

DOLICOX 60mg, 90mg & 120 mg, comprimé pelliculé peut être pris au cours ou en dehors des repas.

Durée du traitement
 Ne prenez jamais **DOLICOX** 60mg, 90mg & 120 mg.

Allergie (hypersensibilité) à l'etoricoxib ou à l'un des excipients.

& 120 mg, comprimé pelliculé.

Aliments

DOLICOX 90 mg

Etoricoxib

7 Comprimés pelliculés

6 118000 04 1948

PPV: 86DH40

PER: 11/21

LOT: H2306-21

El

Ca

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120

120



**Gélule
Microgranules
gastro-résistants
Par voie orale**

OPRA

Oméprazole 20 mg

Deva
Pharmaceutique

- 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.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce qu'OPRA Deva 20 mg, gélule gastro-résistante et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre OPRA Deva 20 mg, gélule gastro-résistante ?
3. Comment prendre OPRA Deva 20 mg, gélule gastro-résistante ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver OPRA Deva 20 mg, gélule gastro-résistante ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QU'OPRA Deva 20 mg, gélule gastro-résistante ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ? Classe pharmacothérapeutique

OPRA Deva 20 mg, gélule gastro-résistante contient la substance active oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac. OPRA Deva 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :

Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO). L'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage (le tube qui relie la gorge à l'estomac) entraînant douleur, inflammation et brûlures.
- les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).
- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.
- les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). OPRA Deva 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.
- un excès d'acide dans l'estomac dû à une grosseur au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison).

Chez les enfants :

- Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel ≥ 10 kg
- le reflux gastro-œsophagien (RGO). L'acide de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage (le tube qui relie la gorge à l'estomac) entraînant douleur, inflammation et brûlures.
- Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.
- Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents
- les ulcères infectés par une bactérie appelée *Helicobacter pylori*. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

**OPRA 20 mg
14 Gélules
Deva Pharmaceutique**



6 118000 410287

المعدة

LOT: M0219
PER: 04/2021
PPV: 39,00DH

Cou...
OPRA Deva n'est pas susceptible d'entraîner des effets sur l'appareil...
effets secondaires tels qu'un étourdissement et des troubles visuels...
ne devez pas conduire de véhicules ou utiliser des machines.

3. COMMENT PRENDRE OPRA Deva 20 mg, gélule gastro-résistante

Veuillez toujours à prendre ce médicament en suivant exactement les instructions de votre médecin ou pharmacien en cas de doute. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute. Votre médecin vous dira combien de gélules vous devez prendre. Cela dépendra de votre état de santé et de votre âge.

Posologie

Les doses recommandées sont :

Adultes

Traitement des symptômes du reflux gastro-œsophagien tels que :

- Si votre médecin constate que votre œsophage a été légèrement irrité, la dose recommandée est de 20 mg une fois par jour pendant 4-8 semaines. Votre médecin vous dira combien de gélules vous devez prendre. Cela dépendra de votre état de santé et de votre âge.

Traitement des ulcères dans la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) :

- La dose recommandée est de 20 mg une fois par jour pendant 4-8 semaines. Votre médecin vous dira combien de gélules vous devez prendre. Cela dépendra de votre état de santé et de votre âge.

Si l'ulcère n'a pas été complètement cicatrisé, la dose peut être augmentée à 40 mg une fois par jour pendant 4-8 semaines.

Traitement des ulcères de l'estomac (ulcère gastrique) :

- La dose recommandée est de 20 mg une fois par jour pendant 4-8 semaines. Votre médecin vous dira combien de gélules vous devez prendre. Cela dépendra de votre état de santé et de votre âge.

DUOXOL® 500 mg
Comprimé
Boîte de 20
Paracétamol - Thiocolchicoside

DUOXOL 500mg / 2mg
20 comprimés



6 118000 120735

acien.
as de

- 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 s'il présente les mêmes symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
• Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

LOT: 020019 PER: 03/24
PPV: 37DH00

COMPOSITION :

Paracétamol
Thiocolchicoside
Excipients :
Excipients à effet notoire : Amidon de blé, lactose.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

- Ce médicament est préconisé dans :
- Traitement symptomatique de la douleur d'origine rhumatismale ou
 - Traitement d'appoint des contractures douloureuses au cours :
 - des affections vertébrales dégénératives et des troubles statiques,
 - des affections traumatologiques et neurologiques (avec spasticité).

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

- Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas :
- d'hypersensibilité au thiocolchicoside ou au paracétamol,
 - de grossesse,
 - d'allaitement,
 - d'insuffisance hépatocellulaire,
 - d'hypersensibilité à l'un des excipients du produit,
 - chez l'enfant de moins de 15 ans.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique et/ou rénale, d'affections cardiaques ou pulmonaires, éviter les traitements prolongés.
 - Pour éviter le risque de surdosage au paracétamol, vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments.
 - Le thiocolchicoside doit être administré avec prudence chez les patients épileptiques ou à risque de convulsions.
 - En cas de diarrhée, prévenez votre médecin qui pourra éventuellement réajuster la posologie.
 - Eventuellement, ingérer les comprimés avec un pansement gastrique.
 - Ne pas dépasser la dose prescrite.
 - Il est conseillé de consulter un médecin pour des traitements excédant 7 jours.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et de galactose, ou de déficit en lactase.
L'amidon de blé peut provoquer des réactions allergiques chez les personnes allergiques au blé ainsi que des intolérances chez les personnes souffrant de maladies coeliakiques.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.
DUOXOL® peut augmenter la toxicité du chloramphénicol.

En cas de traitement avec des anticoagulants oraux, on peut l'administrer occasionnellement comme analgésique d'élection.

Examens paracliniques :

La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode à l'acide phosphotungstique et le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose oxydase-peroxydase.

DUOXOL® 500 mg/2 mg

Comprimé

Boîte de 20

Paracétamol - Thiocolchicoside

DUOXOL® 500mg/2mg

20 comprimés



- 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 s'il présente les mêmes symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet inhabituel, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

COMPOSITION :

Paracétamol.....

Thiocolchicoside.....

Excipients : q.s.

Excipients à effet notoire : Amidon de blé, lactose.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est préconisé dans :

- Traitement symptomatique de la douleur d'origine rhumatismale ou musculaire.
- Traitement d'appoint des contractures douloureuses au cours :
 - des affections vertébrales dégénératives et des troubles statiques
 - des affections traumatologiques et neurologiques (avec spasticité).

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas :

- d'hypersensibilité au thiocolchicoside ou au paracétamol,
- de grossesse,
- d'allaitement,
- d'insuffisance hépatocellulaire,
- d'hypersensibilité à l'un des excipients du produit,
- chez l'enfant de moins de 15 ans.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique et/ou rénale, d'affections cardiaques ou pulmonaires, éviter les traitements prolongés.
 - Pour éviter le risque de surdosage au paracétamol, vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments.
 - Le thiocolchicoside doit être administré avec prudence chez les patients épileptiques ou à risque de convulsions.
 - En cas de diarrhée, prévenez votre médecin qui pourra éventuellement réajuster la posologie.
 - Eventuellement, ingérer les comprimés avec un pansement gastrique.
 - Ne pas dépasser la dose prescrite.
 - Il est conseillé de consulter un médecin pour des traitements excédant 7 jours.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et de galactose, ou de déficit en lactase.
L'amidon de blé peut provoquer des réactions allergiques chez les personnes allergiques au blé ainsi que des intolérances chez les personnes souffrant de maladies coeliaques.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.
DUOXOL® peut augmenter la toxicité du chloramphénicol.

En cas de traitement avec des anticoagulants oraux, on peut l'administrer occasionnellement comme analgésique d'élection.

Examens paracliniques :

La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode à l'acide phosphotungstique et le dosage de la glycémie par la méthode à la glucose oxydase-peroxydase.

LOT: 020019 PER: 03/24
PPV: 370HQ