

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.

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 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- 063278

ND-31204

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 6513 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Abde R. R. Mag. Maz. Maz.

Date de naissance : 01/01/1936

Adresse : Hy. Essafa Rue 29 N 10 EL Oulfa CASA

Tél. : Total des frais engagés : 253,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/05/2020

Nom et prénom du malade : Abdelhakim Age :

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

Nature de la maladie : Caricature

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) :

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
01/06/2020	C.A		1501	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/06/2020	103,80

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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS	
			DATE DU DEVIS	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur HRICHI Rachid

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift (24, Gpe E)

Cité El Oulfa – CASABLANCA

Tél. : 0527 19 43 96

الدكتور الحريشي رشيد
الطب العام

295، شارع وادي تانسيفت (24، مجموعة E)

حي الألفة – الدار البيضاء

الهاتف : 0527 19 43 96

Casablanca, le . 01/06/2020 : الدار البيضاء، في

Abdelmalek MAZOUZ

50,70

feaceu 8ff



53,10 1 suffl

Delal 450



103,80

الدكتور الحريشي رشيد
Dr. HRICHI Rachid
Médecine Générale
295, Av Oued Tansift Cité El Oulfa
Casa - Tél : 05 27 19 43 96

ret
deli
sem

رولاكسول[®] 500 ملغ/2 ملغ

باراسيتامول/ثيوكولشيكوزيد

أقرص

يخضع هذا الدواء لمراقبة إضافية ستمكن من التعرف بسرعة على المعلومات الجديدة المرتبطة بالسلامة. يمكنك المساهمة فيها بالإبلاغ عن أي تأثير غير مرغوب فيه تتم ملاحظته. انظر نهاية الفقرة 4 كيف يتم التصريح عن التأثيرات الثانوية.

يرجى الإطلاع بانتباه على هذه النشرة بأكملها قبل استعمال هذا الدواء.

• احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قراءتها من جديد. • إذا كان لديك أي سؤال آخر، إذا كان لديك شك، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو الصيدلي. • لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي. لا تقم بإعطائه لشخص آخر، حتى في حال وجود أعراض مشابهة، لأنك قد تبني الضرر له. • إذا أصبح أحد الأشخاص غير المرغوب فيها خطراً أو لاحظت أي تأثير غير مرغوب فيه في مذكر في هذه النشرة، أخبر الطبيب أو الصيدلي.

1. ما هو رولاكسول وما هي الحالات التي يجب استعماله فيها؟

يوصف هذا الدواء في علاج تكميلي للتقلصات العضلية المؤلمة في الأمراض المصاحبة لدى البالغين والمراهقين ابتداء من 16 سنة.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول رولاكسول؟

لا تتناول أبداً رولاكسول في الحالات التالية: • إذا كانت لديك حساسية لثيوكولشيكوزيد وألأ باراسيتامول أو لأحد المكونات الأخرى للدواء (المذكورة في الفقرة 6). • إذا كنت حاملاً أو قد تصبحين حاملاً ولا تعتقدين أنك حامل. • إذا كنت من النساء في سن الإنجاب لا تستعملين وسيلة لمنع الحمل. • إذا كنت ترضعين. • قصور كبدي خلوي أو مرض خطير في الكبد. • لدى الأطفال دون 16 سنة.

في حالة الشك، من الضروري استشارة الطبيب أو الصيدلي.

يجب الانتباه عند استعمال رولاكسول:

احتياطات الاستعمال الخاصة: يستعمل بحيطه في حالة سوابق الصرع أو الاختلاجات.

تتطلب ظهور نوبة اختلاجية توقيف العلاج.

في حالة جرعة مفرطة أو تناول جرعة جد مرتفعة عن طريق الخطأ، استشر الطبيب على الفور.

يحتوي هذا الدواء على باراسيتامول. كما تحتوي عليه أدوية أخرى. تأكد من أنك لا تتناول أدوية أخرى تحتوي على الباراسيتامول، بما في ذلك إذا كانت أدوية بدون وصفة طبية.

لا تجمع بينها حتى لا تتجاوز الجرعة اليومية الممنوح بها (انظر فقرة "الجرعات").

RELAXOL 500MG/2MG

CP B20

P.P.V : 53DH10



1180001060833

6 الحيوانات والدراسات في المختبر، لدى الإنسان، يصدر عنه، بدون أي مسؤولية

LOT : 19E004
PER: 09 2022

هذا الدواء
وإد المكتوبة في
بعض
لدى

الحمل والرضاعة والخصوبة

لا تتناولوا هذا الدواء: • إذا كنت حاملاً، قد تصبحين حاملاً ولا تعتقدين أنك حامل. • إذا كنت من النساء في سن الإنجاب ولا تستعملين وسيلة لمنع الحمل. هذا الدواء قد يعرض المولود للخطر. لا تتناولوا هذا الدواء إذا كنت ترضعين، لأنه ينتقل إلى

خطر لظهور الهرطان، لتغير الخصوبة الذكرية وقد يشكل خطراً على المولود. يجب التحذث إلى الطبيب إذا كان لديك المزيد من الأسئلة. سوف يخبرك الطبيب عن كافة التدابير المرتبطة بمنع الحمل الفعال والمخاطر المحتملة للحمل.

تُحدد مدة العلاج في 7 أيام متتالية.

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

تناول الباراسيتامول يمكن أن يسبب اضطرابات وظائف الكبد.

• إذا كان وزنك يقل عن 50 كلغ. • إذا كنت تعاني من مرض كبدي أو مرض خطير في الكلى. • إذا كنت تستهلك الكحول كثيراً أو توقفت 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 وتعالين من أمراض طويلة الأمد، إذا كنت مصاباً بفرس نقص المناعة البشرية أو بالتهايب الكبد الفيروسي المزمن، إذا كنت تعاني من التليهاب الكبسي (مرض جيبي ووراني) يتسم خاصة بإصابات تنفسية خطيرة، أو إذا كنت مصاباً بمرض جيلير (مرض وراثي مقترن بارتفاع بيليروبين في الدم).

ينصح بعدم استهلاك المشروبات الكحولية خلال العلاج.

في حالة انقطاع حديث العهد عن الإيمان المزمن على الكحول، يتزايد خطر الإصابة الكبديّة.

في حالة التهاب الكبد الفيروسي الحاد، توقف عن العلاج واستشر الطبيب.

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

أقرص بكل حذر

الأطفال والمراهقون: لا تستعمل هذا الدواء لدى الأطفال أو المراهقين دون 16 سنة لأسباب

السلامة.

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

تناول أو استعمال أدوية أخرى: ابلغ أنك تتناول هذا الدواء إذا وصف لك الطبيب تحليل

نسبة الحمض البوريك في الدم أو نسبة السكر في الدم.

لا تتناول أدوية أخرى تحتوي على باراسيتامول. قد تتعرض لخطر جرعة مفرطة.

إذا كنت تتبع علاجاً مضاداً لمرض عن طريق الفم (وارفارين أو مضاد فيثامين K)، فإن تناول باراسيتامول بالجرعات القصوى (4 غ/ اليوم) لأكثر من 4 أيام يتطلب مراقبة مشددة

للتحاليل البيولوجية بما فيها خاصة النسبة القياسية الدولية. في هذه الحالة، استشر الطبيب.

قد تتأخر فعالية باراسيتامول إذا كنت تتناول في نفس الوقت الراجينات المخيلة - دواء

يخفض نسبة الكولسترول في الدم (أحترم فاصلاً زمنياً لأكثر من ساعتين بين كل جرعتين).

إذا حصلت في نفس الوقت على باراسيتامول وعلاج بفولوكوكساسيل (مضاد حيوي)، قد

تتأخر بالمعانة من حمض أبيض (حموضة عالية في الدم بسبب تسرع معدل التنفس).

قد يتزايد تسمم باراسيتامول إذا كنت تتناول:

• أدوية من المحتمل أن تكون سامة للكبد، • أدوية تحفز إنتاج الأيض السام لباراسيتامول

مثل الأدوية المضادة للصرع (فيثوباريتال، فيثيتوين، كاربامازيبين، ثيوبيرامات)، •

ريفامبين (مضاد حيوي)، • في نفس الوقت مع الكحول.

أخبر الطبيب أو الصيدلي إذا كنت تتناول أو تناولت مؤخراً أو قد تتناولوا أي دواء آخر.

قد يزيد رولاكسول من الطابع السام للكولوكافينيكول.

RIACEN[®] gélules et suppositoires

Piroxicam

Composition :

Formes	RIACEN [®] 10 mg	RIACEN [®] 20 mg	RIACEN [®] 20 mg
Piroxicam	10 mg	20 mg	20 mg
Excipients	(dont lactose) q.s.p. 1 gélule	(dont lactose) q.s.p. 1 gélule	q.s.p. 1 suppositoire

Propriétés :

Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) de la famille des oxicams.

Indications :

RIACEN est indiqué dans de nombreuses affections qui font appel à un traitement antiphlogistique et/ou analgésique comme l'arthrose mono et polyarticulaire, l'arthrite rhumatismale, la spondylartrite, les lombosciatiques, les rhumatismes musculaires, les fibromyosites.

Contre-indications :

RIACEN est contre-indiqué en cas d'allergie à l'aspirine et aux AINS, d'insuffisance rénale ou de traitement anticoagulant.

Effets indésirables :

Gastrites, stomatites (inflammation de la bouche et des gencives), de la digestion. Dans certains cas, jaunisse, céphalées (maux de tête), bourdonnements d'oreilles, des manifestations allergiques cutanées, une photosensibilisation ou urticaire.

Enfants de moins de 15 ans : exceptionnelles infections graves de la gorge.

Précautions d'emploi :

RIACEN est susceptible de diminuer l'efficacité du stérilet.

Il est déconseillé de prendre ce traitement en cas de grossesse ou d'allaitement.

