

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



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

Declaration de Maladie

N° W19-571876

48970

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 00372		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : Boussetta Halima			
Date de naissance : 01/01/1943			
Adresse : Assif C NE 319 Marrakech			
Tél. 0661208926		Total des frais engagés : # 671,00 #	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 10/11/2020	Nom et prénom du malade : Bousseffa halima
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Halima	
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 au médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : Marrakech le : 26 NOV. 2020

Signature de l'adhérent(e) : Halima

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-571876
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule : 00372	
Nom de l'adhérent(e) : Boussetta Halima	
Total des frais engagés : 671,00	

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
10 NOV 2020		18	30000	MM Signature du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie KAMILIA Dr. Bouchra BAGHDADI 76-TD, Lot Bouamra Assi C Marrakech Tél : 05 24 30 63 22</p> <p>N.P.E 0833</p>	10/11/2023	37 100 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

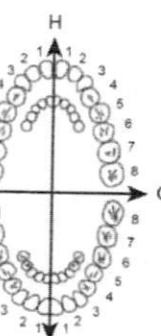
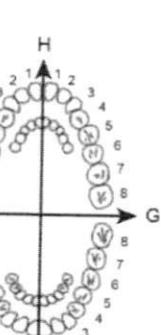
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ----- G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		MONTANTS 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'EXÉCUTION

Docteur Fatima BOUCHOUA

10/11/2020 **Spécialiste**

Oto-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Nancy (France)

- Doctorat de Médecine à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

- Ex-chef de Service d'ORL à l'hôpital El Antaki Marrakech

الدكتورة فاطمة بوشوي

اختصاصية الأنف والأذن - الحنجرة - العنق - الوجه والفك

- خريجة كلية الطب و الصيدلة ببنസي (فرنسا)

- دكتوراه الطب بكلية الطب و الصيدلة بالرباط

- رئيسة ساقفة بصلحة الأنف، الأنف والحنجرة

مستشفى الإنطاكي (نفيس) بمراكش



Marrakech, le 10/11/2020

Pharmacie KAMILIA
Dr. Bouchra BAGHDAD
75-70, Lot Bouamnia - Asai (C)
Marrakech
Tél : 05 24 30 63 22

BOUSSETTA HALIMA

• Relaxol 500 mg /2mg - comprimé

02 Cp deux fois par jours Pdt 08 jours. cp deux fois par jours pendant 01 Sem

• Exoderil 0,01 - solution pour usage externe

02 gouttes le soir dans les deux oreilles Pdt 15 jours

• Risonel 50 µg - suspension pour pulvérisation nasale

2 doses dans les deux narines matin et soir pendant 03 mois

• Daktarin 0,02 - gel buccal

1 c à c pour gargarisme le soir Pdt 30 jours

371.00

Dr. Fatima BOUCHOUA
Sous-Docteur en Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
75-70, Lot Bouamnia - Asai (C)
Marrakech
Tél : 05 24 30 63 22

E-Mail: fb.cabinet.orl@gmail.com

إقامة دار الحمراء ماجوريل، الطابق الأول، شقة 5، عمارة ب، شارع علال الفاسي - مراكش - الهاتف: 05 24 33 18 27 - المخواط: 06 41 63 22 63

Rce. <https://fb.cabinet.orl@gmail.com/prescription/34594331827> - GSM: 06 41 63 22 63

EXODERIL®

قارورة من 10 مل

LOT : 0005

EXP : SEP 2024
PPV : 32.90 DH

nt :

produit de conservation
contient :

10 mg
10 mg

10 mg
50 mg



ont indiquées dans les infections mycotiques et renferment pour

phytes (du genre Trichophyton, Microsporon et Epidermophyton, Pityriasis versicolor), les moisissures (variété aspergillus) et sur Sporothrix schenckii).

linaire fongicide sur les dermatophytes et les variétés d'aspergillus ne - une action fongicide ou fongistatique sur les levures. otique, EXODERIL possède aussi une activité antibactérienne sur sitif et négatif qui accompagnent souvent les mycoses.

A côté de ces effets, EXODERIL montre aussi, dans le cadre de l'emploi clinique, une activité anti-inflammatoire inhérente à la substance qui conduit rapidement à une réduction des signes inflammatoires, surtout du prurit. En raison de sa bonne pénétration et de son long maintien dans les différentes couches cutanées à des concentrations antimycotiques efficaces, EXODERIL crème et solution sont indiquées dans le traitement local sous forme d'une application par jour.

Indications

- Mycoses de la peau ou des plis cutanés (Tinea manum, Tinea pedis)
- Mycoses des ongles (onychomycoses)
- Candidoses cutanées
- Pityriasis versicolor
- Dermatomycoses (avec ou sans prurit).
- Variétés d'aspergillus
- Sporothrix schenckii
- EXODERIL solution et particulièrement indiquée dans le traitement des mycoses des régions cutanées pilaires hyperkératosiques

Mode d'emploi

EXODERIL crème et solution s'appliquent exclusivement sur la peau ou les ongles.

Posologie

Appliquer EXODERIL crème et solution une fois par jour sur la région cutanée infectée, nettoyée et minutieusement séchées, ainsi que sur la région péri-lésionnelle ! Pour prévenir les rechutes,

Daktarin® 2 %, oral gel

Miconazole



leaflet carefully before you take this medicine because it contains important information for you.

If you have any questions, if you have any doubts about this medicine or your pharmacist. You may need to read it again. If you have further questions, ask your pharmacist.

This medicine has been prescribed for you and should not be given to others. It may harm them, even if their signs of illness are the same as yours.

- If you get any side effects, talk to your doctor or your pharmacist. This includes any possible side effects not listed in this leaflet. See section 4.

What is in this leaflet

1. What DAKTARIN 2 %, oral gel is and what it is used for
2. What you need to know before you use DAKTARIN 2 %, oral gel
3. How to use DAKTARIN 2 %, oral gel
4. Possible side effects
5. How to store DAKTARIN 2 %, oral gel
6. Contents of the pack and other information

1. WHAT IS DAKTARIN 2 %, ORAL GEL AND WHAT IT IS USED FOR?

Pharmacotherapeutic class - code ATC: A01AB09

This is an antiseptic for local oral treatment. This medicine is indicated in the treatment of fungal infections of the oral cavity, in adults and children.



Relaxol® 500mg /2mg

Paracétamol
Thiocolchicoside

SANOFI

LOT : 20E015
PER.:03/2023

RELAXOL 500MG/2MG

CP B20



P.P.V : 53DH10

6 118000 060833



tire qui permettra la sécurité. Vous nous observez. Voir

avant de prendre

ire. • Si vous avez us d'informations à ment vous a été d'autre, même en

• Si l'un des effets et indésirable non

médecin ou à votre

UTILISE ?

ppoint des contractures jultes et les adolescents

RE AVANT DE PRENDRE

ans.
ES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE SUR RELAXOL ?

Ne prenez jamais RELAXOL dans les cas suivants : • Si vous êtes allergique au thiocolchicoside et/ou au paracétamol ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (mentionnés dans la rubrique 6). • Si vous êtes enceinte, pourriez tomber enceinte ou pensez que vous pourriez être enceinte. • Si vous êtes une femme en âge d'avoir des enfants n'utilisant pas de contraception, • si vous allaitez.

• Insuffisance hépatocellulaire ou si vous avez une maladie grave du foie. Enfants de moins de 16 ans.

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

Faites attention avec RELAXOL :

Mises en garde spéciales : Utiliser avec précaution en cas d'antécédent d'épilepsie ou de convulsions. La survenue de crise convulsive impose l'arrêt du traitement.

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Vérifiez que vous ne prenez pas d'autres médicaments contenant du paracétamol, y compris si ce sont des médicaments obtenus sans prescription.

Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (voir rubrique « Posologie »).

Précautions d'emploi : En cas de diarrhée, prévenez votre médecin qui pourra éventuellement réajuster la posologie.

En cas de douleurs d'estomac, de nausées, de vomissements, prévenez votre médecin.

Respectez rigoureusement les doses et la durée du traitement décrites à la rubrique 3. Vous ne devez pas utiliser ce médicament à une dose plus élevée.

رولاكسول® 500 ملغ/2 ملخ

باراسيتامول/ثيوكولشيكوزيد

أعراض

يخضع هذا الدواء
المرتبطة بالسلامة
انظر نهاية الفقرة

يرجى الاطلاع
• احتفظ بهذه
إذا كان لديك
هذا الدواء لك
مشابهة، لأنك
لاحظت أي تأثير



1. ما هو رولاكسول وما هي المكونات؟
يوصف هذا الدواء في علاج تكميلي للتقلصات العضلية المؤقتة في الأمراض المفصلية لدى البالغين والطراحيين ابتداءً من 16 سنة.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول رولاكسول؟
لا تتناول أبداً رولاكسول في الحالات التالية: • إذا كانت لديك حساسية لثيوكولشيكوزيد وأو باراسيتامول أو لأحد المكونات الأخرى للدواء (المذكورة في الفقرة 6). • إذا كنت حاملاً أو قد تصبحين حاملاً أو تعتقدين أنك حامل. • إذا كنت من النساء في سن الإنجاب لا تستعملين وسيلة منع الحمل. • إذا كنت ترضعين. • قصور كبد 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 بحثيرة في حالة سوابق الصرع أو الاختلالات. يتطلب ظهور نوبة اختلاجية توقيف العلاج.
في حالة جرعة مفرطة أو تناول جرعة جد مرتفعة عن طريق الخطأ، استشر الطبيب على الفور.

يعتوى 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 المنشوح بها (انظر فقرة "الجرعات").

تحذيرات خاصة: في حالة الإسهال، اخبر الطبيب الذي قد يعيدي ضبط الجرعات.
في حالة آلام المعدة، غثيان، قيء، اخبر الطبيب.

احترم تماماً جرعات ومدة العلاج الموصوفة في الفقرة 3. يجب عدم استعمال هذا الدواء بجرعة أكبر (أي 8 أقراص من رولاكسول) أو ملدة تتجاوز 7 أيام. وذلك لأن المواد المكونة في جسمك عندما تتناول ثيوكولشيكوزيد بجرعات مرتفعة قد تتسبب في إصابات في بعض الخلايا (عدد غير عادي من الصبغيات). وثبتت البرهنة على ذلك خلال دراسات لدى الحيوانات والدراسات في المختبر. لدى الإنسان، يعتبر هذا النوع من الإصابات الخلوية عامل