

# IMPORTANTES A LIRE POUR RENSEIGNEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Les :

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 données personnelles.

M22- 0027036

154045

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4680 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : Retraité

Nom & Prénom : SKALI HOUSSINI MOHAMED

Date de naissance : 18-07-1950

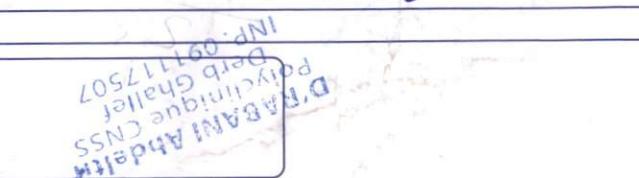
Adresse : 4, Rue ORPANG (Résidence AIDA)

MAARIF (CASA)

Tél. : 06 66 12 08 09 Total des frais engagés : 178,80 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/08/2023

Nom et prénom du malade : MELKOURI ep. SKALI Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affectation respiratoire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

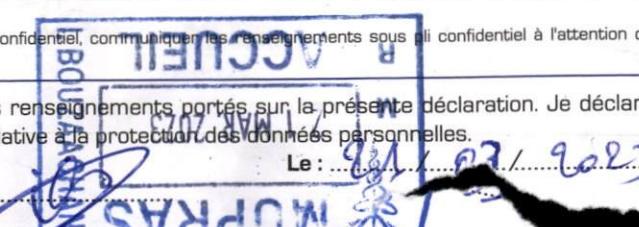
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASABLANCA Le : 16/08/2023

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
16/03/23	6		6	<i>D'IRABANI POLYCLINIQUE D'ABDERRAHMANE</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE NARJIS</i>	06/03/23	172.80

### 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
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

Le 16/03/2023

NEIKOUR ep. SKALI

5310

Relaxol  
14 gr x 30

7970

Azix  
1 gr x 30

odex  
gel x 1

4000

Predni  
frs et 1g x 30

صيدلية نرجس  
PHARMACIE NARJIS  
131, Bd. Yacoub El Mansour  
Tél. 0522 86 30 20 à 27 / 0522 86 42 05  
0522 86 42 05 إلى 27 - فاكس : 0522 86 30 20 إلى 27

132

D'RABAAN Abdellah  
Polyclinique CNSS  
Derb Ghallef  
INP: 09111750>

traitement des infections dues aux  
- infections respiratoires hautes :  
pharyngite;  
- infections respiratoires basses (y compris les sinusites);  
- infections odontostomatologiques;  
- infections cutanées;  
- infections des tissus mous;  
- urétrites et cervicites non gonococciques.

#### CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine;
- Insuffisance hépatique sévère.

#### MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée) pendant le cours de traitement doit être signalée.
- Signaler au médecin traitant toute survenue lors de traitements par les deux médicaments.
- Ce médicament ne doit pas être donné à un patient souffrant d'une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'administration chez l'enfant n'est pas recommandée.

#### PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

- Prévenir le médecin traitant d'une insuffisance hépatique, antécédent d'origine allergique, prise concomitante d'autre médicament.

#### EFFETS INDESIRABLES

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhée.
- Manifestations allergiques.

#### POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription du médecin traitant.  
Adulte et enfant de plus de 6 ans : prendre une prise par jour pendant 5 à 10 jours.

#### MODE D'ADMINISTRATION

Azix peut être pris pendant les repas.

#### TABLEAU A (LISTE

#### POSOL D'ADMINISTRATION

Adulte : lire attentivement la notice.  
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

18X45X97

18

PPV : 79DH70

PER : 12/23

LOT : J3529

AZIX® 500 mg  
Azithromycine

3 Comprimés  
sécables

bottu s.a.  
S.A. Allée des Ciseaux - Ain Schia - Casablanca  
S. Bouchouchi - Pharmacien Responsable

b

500 mg  
Voie orale

AZIX®  
Azithromycine





# Relaxol® 500mg /2mg

## Paracétamol/ thiocolchicoside

## comprimé

SANOFI

Ce médicament fait l'objet d'une surveillance. Pour l'identification rapide de nouvelles insécurités, vous pouvez y contribuer en signalant toutes les réactions indésirables en fin de rubrique 4 comment déclarer.

Veuillez lire attentivement l'intégralité de ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez en avoir besoin pour toute autre question, si vous avez un problème avec votre médecin ou à votre pharmacien. Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre. Si vous avez des cas de symptômes identiques, cela peut être dangereux. Les effets indésirables deviennent grave ou si vous avez des réactions indésirables mentionnées dans cette notice, rappelez-vous de ce que vous avez pris et contactez votre pharmacien.

## 1. QU'EST-CE QUE Relaxol ET DANS Q

Ce médicament est indiqué dans les douleurs musculaires douloureuses en rhumatisme, à partir de 16 ans.

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS

**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 ingrédients dans ce médicament (mentionnés dans la rubrique "Ingrédients" de l'notice).  
- si vous pourriez tomber enceinte ou pensez que vous êtes enceinte.  
- si vous êtes une femme en âge d'avoir des enfants et que vous allaitez.

- Insuffisance hépatocellulaire ou si vraiment  
Enfants de moins de 16 ans  
**EN CAS DE DOUTE, IL EST**

## MEDECIN OU DE VOTRE PH

## Faites attention avec REI

### Mises en garde spécial d'épilepsie ou de convulsi trément

En cas de surdosage ou d'effets indésirables, consultez immédiatement votre médecin.

INTERVIEW WITH THE AUTHOR

Ce médicament contient des substances qui peuvent nuire à l'enfant. Veuillez lire les instructions.

contenant du paracétamol sans prescription. Ne les associez pas.

#### Précautions d'emploi :

En cas de douleurs d'estomac, consultez votre médecin. Respectez rigoureusement les recommandations.

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20   
P.P.V:53DH10



LOT N°

UT-AV

### PPV (DH)

**Ce médicament contient du paracétamol. Vérifiez le contenant du paracétamol sans prescription.**

Ne les associez pas, recommandée (voir r.)

**Précautions d'emploi :**  
éventuellement réajuster  
En cas de douleurs d'estomac

Respectez rigoureusement  
subjugué 3. Vous ne devrez pas

اتبع نصائح الطبيب أو الصيدلي