

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 canaux, 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 canaux.

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

M23-0019193
MUPRAS
RECEPTION 9
Optique

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1369 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : R. H. A. O. U. I. Rahel
 Date de naissance : 1943
 Adresse :
 Tél. : 05 22 63 24 40 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Abdelali TLEMCANI
 Médecine Générale
 Echographie
 155, Av. Afghanistan H.H
 Casablanca - Tél. : 05 22 20 33 99
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 1 NOV. 2023
 Nom et prénom du malade : R. H. A. O. U. I. ZAHRA Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de l'affection : ☒ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie
 Affection longue durée chronique ☐ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie
 155, Av. Afghanistan H.H
 Casablanca - Tél. : 05 22 20 33 99
 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 : 13/11/23
 Signature de l'adhérent(e) : Le : 13/11/23

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
1 NOV. 2023	✓	1	900 000 F	Docteur Abdelali TLEMAN Médecine Générale Echographie 155, Av. Afghanistan H.H. Casablanca - Tél.: 05 22 50 33 93

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/11/2023	378,70

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 canaux, 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"/>														
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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور عبد العالي التلمساني

الطب العام

أمراض النساء و الرجال و الأطفال

الفحص بالتلفزة

155، شارع أفغانستان

حي الحسنی - الدار البيضاء

الهاتف: 05.22.90.33.90

Casablanca, le

المرجو إحصاء الوصفة عند المراقبة

LOT 211262
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

51.40



toire (voir en rubrique 2
ritilité des femmes, de façon
iliser des machines
ous devez donc éviter de
lorsque vous prenez ce

RELAXOL 500 mg/2mg comprimé ?

NE PAS DÉPASSER 6 COMPRIMÉS PAR 24 HEURES

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les instructions de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

La dose quotidienne est de 1 à 2 comprimés par prise, 3 fois par jour, à 4 heures d'intervalle au minimum

NE PAS DÉPASSER 6 COMPRIMÉS PAR 24 HEURES

La durée du traitement est limitée à 7 jours consécutifs.

Toujours respecter un intervalle de 4 heures au moins entre les prises (paracétamol ou bien thiochloricoside)

En cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine inférieure à 10 ml/min), les prises doivent être espacées de 8 heures minimum, et la dose totale par jour ne doit pas dépasser 6 comprimés (3 g).

La dose maximale journalière du Paracétamol (en tenant compte de tous les médicaments contenant du Paracétamol dans leur formule) ne doit pas excéder 60 mg/kg par jour (sans dépasser 3 g/j) dans les situations suivantes :

- Adultes de moins de 50 kg, • Si vous avez une maladie du foie ou une maladie grave des reins, • Si vous buvez fréquemment de l'alcool ou que vous avez arrêté de boire de l'alcool récemment, • Si vous souffrez de déshydratation, • Si vous souffrez par exemple de malnutrition chronique, si vous êtes en période de jeûne, si vous avez perdu beaucoup de poids récemment, si vous avez plus de 75 ans ou si vous avez plus de 65 ans et que vous présentez des maladies de longue durée, si vous êtes atteint du virus du SIDA ou d'une hépatite virale chronique, si vous souffrez de mucoviscidose (maladie génétique et héréditaire caractérisée notamment par des infections respiratoires graves), ou encore si vous êtes atteint de la maladie de Gilbert (hépatite héréditaire associée à une augmentation du taux de bilirubine dans le sang).

Si vous avez l'impression que l'effet de ce médicament est trop fort ou trop faible, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

EN CAS DE DOUTE, DEMANDEZ CONSEIL À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

Ne dépassez pas la dose recommandée ni la durée du traitement.

Ce médicament ne doit pas être utilisé pour un traitement à long terme (voir la rubrique 2).

Mode d'administration : Voie orale.

Avaler les comprimés avec un verre d'eau.

Utilisation chez les enfants et les adolescents : N'administrez pas ce médicament à des enfants ou des adolescents âgés de moins de 16 ans pour des raisons de sécurité.

Si vous avez pris plus de RELAXOL que vous n'auriez dû : Si vous avez pris accidentellement du Relaxol ou si vous avez pris PLUS de RELAXOL que vous n'auriez dû, parlez-en immédiatement à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre RELAXOL : Ne doublez pas une dose pour compenser une dose que vous avez oubliée de prendre.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

• Liés au paracétamol

Rarement, une réaction allergique peut survenir :

- boutons et/ou des rougeurs sur la peau, • urticaire, • brusque gonflement du visage et du cou pouvant entraîner une difficulté à respirer (œdème de Quincke), • malaise brutal avec baisse importante de la pression artérielle (choc anaphylactique).

Si une allergie survient, vous devez immédiatement arrêter de prendre ce médicament et consulter rapidement votre médecin. À l'avenir, vous ne devrez

plus jamais prendre de médicaments contenant du paracétamol.

De très rares cas d'effets indésirables cutanés graves ont été rapportés.

Exceptionnellement, ce médicament peut diminuer le nombre de certaines cellules du sang : globules blancs (leucopénie, neutropénie), plaquettes (thrombopénie) pouvant se manifester par des saignements du nez ou des gencives. Dans ce cas, consultez un médecin.

Autres effets indésirables possibles (dont la fréquence ne peut être estimée sur la base de données disponibles) : troubles du fonctionnement du foie, diminution importante de certains globules blancs pouvant provoquer des infections graves (agranulocytose), destruction des globules rouges dans le sang (anémie hémolytique chez les patients présentant un déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase, éruption cutanée en plaques rouges arrondies avec démangeaison et sensation de brûlure laissant des taches colorées et pouvant apparaître aux mêmes endroits en cas de reprise du médicament (érythème pigmenté fixe), douleur localisée dans la poitrine qui peut irradier vers l'épaule gauche et la mâchoire d'origine allergique (syndrome de Kounis), difficulté à respirer (bronchospasme). Dans ce cas, consultez un médecin.

• Liés au thiochloricoside

Fréquent (pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 10)

• somnolence, • diarrhée, douleur à l'estomac (gastralgie).

Peu fréquent (pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 100)

• démangeaisons, • nausées, vomissements, • réactions allergiques de la peau.

Rare (pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 1 000)

• irritations de la peau (urticaire), • agitation et altération des sens et de la raison (obnubilation passagère), • douleur et brûlure à la gorge, à la poitrine et à l'estomac (pyrosis).

Très rare (pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 10 000)

• diminution de la pression artérielle (hypotension).

Fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles)

- convulsions (voir rubrique 2 « Avertissements et précautions »), • inflammation du foie (hépatite) (voir rubrique 2 « Avertissements et précautions »), • gonflement des membres, du visage, de la gorge et/ou de la langue (œdème de Quincke), réactions allergiques graves (choc anaphylactique).

Déclaration des effets indésirables suspectés : Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via l'adresse email : pharmacovigilance.maroc@sanofi.com Téléphone : +212 (0) 5 22 66 90 00. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

5. COMMENT CONSERVER RELAXOL ?

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ne pas utiliser RELAXOL après la date de péremption mentionnée sur la boîte (La date d'expiration fait référence au dernier jour du mois mentionné).

À conserver à une température inférieure à 25 °C.

Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout ni avec les ordures ménagères.

Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez pas. Ces mesures contribuent à protéger l'environnement.

6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Que contient RELAXOL 500 mg / 2 mg, comprimé ?

La substance active est : Paracétamol 500 mg

Thiochloricoside 2 mg

Pour un comprimé.

Les autres composants sont : Amidon de maïs, Hydroxypropylcellulose, carboxyméthylamidon, Stéarate de magnésium, talc.

Qu'est-ce que RELAXOL 500 mg / 2mg, comprimé et contenu de l'emballage extérieur ?

Ce médicament se présente sous forme de comprimés, sous blister (PVC/Alu), Boîte de 20.

Conditions de prescription et de délivrance : Tableau A (Liste I).

La dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est : Août 2019 (paracétamol), Décembre 2016 (thiochloricoside).

Voltarène 1%

Emulgel Topique



Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

• Gardez cette notice.

à nouveau.
médecin ou

le donnez à
présente les

1%, gel ET

TRE AVANT
?

JE 1%, gel ?

JELS ?

JE 1%, gel ?

1%, gel ET

e (il calme la
uniquement

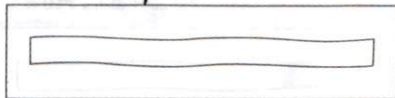
L01: M0686
EXP: 07 2025
PPV: 60,00 DH



Ce médicament est indiqué dans les tendinites des membres supérieurs et inférieurs (inflammation des tendons des muscles), dans les œdèmes après une opération ou après un traumatisme (entorse, contusion) et dans le soulagement de la douleur de l'arthrose des doigts et des genoux.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT

• la dose administrée à chaque application est de l'ordre de 4 g de gel. Ceci correspond à un ruban de 10 cm environ (voir schéma à l'échelle).



Durée de traitement

En l'absence de prescription médicale, le traitement est limité à 5 jours.

Mode d'administration

Voie locale.

Faire pénétrer le gel par un massage doux et prolongé sur la région douloureuse ou inflammatoire.

Bien se laver les mains après chaque utilisation, sauf en cas d'application par vous-même dans le cadre d'une arthrose douloureuse des doigts.

Symptômes et instructions en cas de surdosage

Si vous avez utilisé plus de Voltarène Emulgel Topique 1%, gel que vous n'auriez dû:

En cas de surdosage ou d'intoxication accidentelle, prévenir immédiatement un médecin.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Description des effets indésirables

Comme tous les médicaments, Voltarène Emulgel Topique 1%, gel est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Exceptionnellement, peuvent survenir des réactions pouvant être

41, Rue Mohamed DIOURI, 20110 Casablanca
COOPER
Maroc

Fabriqué par :

Avril 2019

La dernière date à laquelle cette notice a été révisée est : Avril 2019

Ne pas laisser à la portée de la main des enfants
A conserver à une température inférieure à 20°C

Précautions particulières de conservation
Placé dans son emballage d'origine

Conditions de prescription et de délivrance
Ce médicament est soumis à prescription médicale

1) Ne donnez pas un médicament à un autre patient sans prescription médicale
2) Ne réutilisez pas un médicament sans ordonnance

3) Respectez un arborescence rigoureuse lors de la prise
4) Ne réutilisez pas un médicament sans ordonnance

En conséquence, pour préserver l'efficacité de ce médicament :
- La durée de prise

- Les moments de prise
- Le dosage à prendre

de rendre inutile le médicament, si vous ne respectez pas :
- Le dosage à prendre

La résistance est appelée résistance : l'usage abusif ou l'usage incorrect des antibiotiques mène à la résistance.
Les bactéries ont la capacité de survivre ou de se reproduire malgré l'action d'un antibiotique.

Les antibiotiques sont utilisés pour combattre les infections dues aux bactéries. Ils ne sont pas efficaces contre les virus.

Les antibiotiques sont utilisés pour combattre les infections dues aux bactéries. Ils ne sont pas efficaces contre les virus.

14. CONSEILS ET EDUCATION SANITAIRE :
Que savez-vous sur les antibiotiques ?

15. MENTION, SI NECESSAIRE, D'UN RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE
Si vous arrêtez de prendre ce médicament, vous pouvez ressentir des effets secondaires.

16. CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES
Si vous oubliez de prendre une ou plusieurs doses, ne prenez pas la dose suivante.

17. SYMPTOMES ET CONDUITE A TENIR EN CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES
Si vous avez oublié de prendre une ou plusieurs doses, ne prenez pas la dose suivante.

18. CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES
Si vous oubliez de prendre une ou plusieurs doses, ne prenez pas la dose suivante.

19. CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES
Si vous oubliez de prendre une ou plusieurs doses, ne prenez pas la dose suivante.

20. CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES
Si vous oubliez de prendre une ou plusieurs doses, ne prenez pas la dose suivante.

21. CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES
Si vous oubliez de prendre une ou plusieurs doses, ne prenez pas la dose suivante.

22. CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES
Si vous oubliez de prendre une ou plusieurs doses, ne prenez pas la dose suivante.

23. CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES
Si vous oubliez de prendre une ou plusieurs doses, ne prenez pas la dose suivante.

24. CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES
Si vous oubliez de prendre une ou plusieurs doses, ne prenez pas la dose suivante.

25. CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES
Si vous oubliez de prendre une ou plusieurs doses, ne prenez pas la dose suivante.

26. CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES
Si vous oubliez de prendre une ou plusieurs doses, ne prenez pas la dose suivante.

27. CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES
Si vous oubliez de prendre une ou plusieurs doses, ne prenez pas la dose suivante.

28. CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES
Si vous oubliez de prendre une ou plusieurs doses, ne prenez pas la dose suivante.

29. CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES
Si vous oubliez de prendre une ou plusieurs doses, ne prenez pas la dose suivante.

30. CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES
Si vous oubliez de prendre une ou plusieurs doses, ne prenez pas la dose suivante.

31. CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES
Si vous oubliez de prendre une ou plusieurs doses, ne prenez pas la dose suivante.

32. CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES
Si vous oubliez de prendre une ou plusieurs doses, ne prenez pas la dose suivante.

33. CAS D'OMISSION D'UNE OU PLUSIEURS DOSES
Si vous oubliez de prendre une ou plusieurs doses, ne prenez pas la dose suivante.

LOT : 23
EXP : 07
PPV : 07
H000
2026
174
2026
07
26

Lysanxia®



Prazépam

FORME ET PRESENTATION :

LYSANXIA® 10mg comprimés sécables, boîte de 2 blisters de 20 comprimés.

LYSANXIA® 15mg/ml, solution buvable en gouttes, flacon de 20ml.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

LYSANXIA® comprimé :

Prazépam : 10 mg

Excipients : lactose, cellulose microcristalline, amidon de maïs, stéarate de maïs, un comprimé sécable.

LYSANXIA® gouttes :

Pour 1 ml = 30 gouttes : 15 mg de prazépam.

Excipients : propylène glycol, éthylène glycol, saccharine sodique, polysorbate V.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE (TYPE D'ACTIVITE) :

Benzodiazépine (anxiolytique)

(N: système nerveux central)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT (INDICATIONS THERAPEUTIQUES) :

Ce médicament est préconisé dans le traitement de l'anxiété lorsque celle-ci s'accompagne de troubles gênants.

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT (CONTRE-INDICATIONS) :

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- insuffisance respiratoire **grave**,
- insuffisance hépatique **grave**,
- syndrome d'apnée du sommeil (pauses respiratoires durant le sommeil),
- allergie connue à cette classe de produits.

Il ne doit pas être utilisé, sauf avis contraire du médecin, en cas de myasthénie ou d'allaitement.

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

LOT

PER

PPV

6Y5444
02 2026
37 60