

# 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10885 Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KSIBA EL HABIB

Date de naissance : 1963

Adresse : Berrechid

Tél. 0607458836 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15-3-2014

Nom et prénom du malade : KSIBA DOHA Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : MFC - Fesse ilio-coc

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

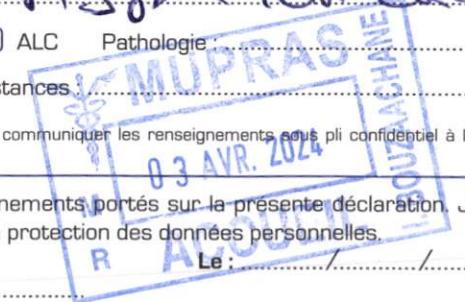
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/03/2024	<b>Montant de la Facture</b> <b>Pharmacie NASROLLAH</b> <b>BERRECHID 30B, T</b> <b>ot. Nasrollah N° 327 - Berrechid</b> <b>Tél : 05 22 51 67 19</b>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



طبيب انتظامي في أمراض الجهاز الهضمي - طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بمونبلييه

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif - Diplômé de la Faculté de Médecine de Besançon (France)

ENDOSCOPIE ECHOGRAPHIE

Ancien Médecin au CHU de Meaux

ORDONNANCE

Berrechid, le

28/03/2024

M<sup>th</sup> K SSFSB A Doha

34,10

- S. Cort. 20



3cpl x 5

2 f4,00

- SALCROZENE CP 500

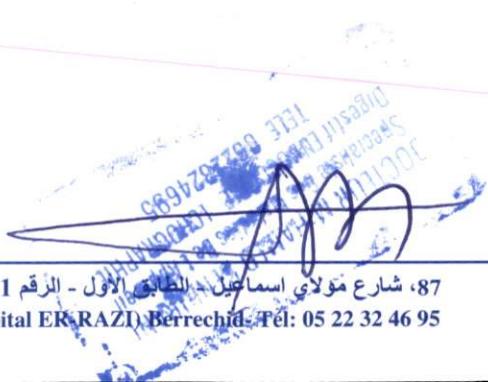


2 - 0 - 2

308,10

Pharmacie NASROLLAH  
BERRECHID  
ot. Nasrollah N°327 - Berrechid  
Tél.: 05 22 51 67 19

87، شارع مولاي اسماعيل - الطابق الأول - الرقم 1 - مقابل مستشفى الرازي (برشيد الهاتف : 05 22 32 46 95)  
87. Bd Mly Ismail- 1er Etage - N° 1 (En Face de l'Hôpital ER RAZI) Berrechid. Tél: 05 22 32 46 95





LOT:4248

PER:03/2027  
PPV:274.00 DH

SALCROZINE FAES® 500 mg  
Mésalazine  
100 comprimés gastro-résistants  
220571  
6 118001

نشرة: بيانات حول الدواء

# سالكروزين فيس® 500 مع أقراص مقاومة لأحد تسمية عالمية مشتركة: ميسالازين

الرجاء قراءة هذه النشرة بعناية قبل أخذ هذا الدواء، لأنها تحتوي على معلومات هامة.

حافظ على هذه النشرة، قد تحتاج للاطلاع عليها مرة أخرى.

- إذا كان لديك أي أستهلاك آخر، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو من الصيدلي.
- هذا الدواء تم وصفه إليك شخصياً. لا تناوله شخصاً آخر أبداً ولو في وجود عارض مماثله، قد يضره د
- في حالة تفاقم بعض الأعراض الجانبية أو إذا لاحظت أثراً جانبياً غير متدرج في هذه النشرة، اطلع الطبيب

على ماتحتوي هذه النشرة؟

1. ما هو سالكروزين فيس® 500 مع أقراص مقاومة لأحماض المعدة وفي أي الحالات يجب استعماله؟

2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل أخذ سالكروزين فيس® 500 مع أقراص مقاومة لأحماض المعدة؟

3. كييف يتم تخزين سالكروزين فيس® 500 مع أقراص مقاومة لأحماض المعدة؟

4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة؟

5. كييف يتم تخزين سالكروزين فيس® 500 مع أقراص مقاومة لأحماض المعدة؟

6. محتوى الطبلة ومعلومات إضافية.

1. ما هو سالكروزين فيس® 500 مع أقراص مقاومة لأحماض المعدة وفي أي الحالات يجب استعماله؟

يحتوي سالكروزين فيس® 500 مع على ميسالازين، دواء ينتمي إلى مجموعة الأدوية التي تسمى مضادات الالتهاب المعموي.

سالكروزين فيس® 500 مع يعالج أمر اضطراب المعي (الغولون التقرحي) ومرض كرون.

2. ما هي المعلومات التي يجب معرفتها قبل أخذ سالكروزين فيس® 500 مع أقراص مقاومة لأحماض المعدة؟

لا يجب أخذ سالكروزين فيس® 500 مع في الحالات التالية:

- إذا كانت لديك حساسية (فرط الحساسية) تجاه ميسالازين أو أحد المكونات الأخرى لهذا الدواء المذكور في الفصل 6.

- إذا كنت تعاني من فرحة المعدة أو المعي.

- إذا كنت تعاني من اضطراب المعي (حساسية) تجاه الأسبرين.

- إذا كنت تعاني غالباً من نزيف دموي.

تحذيرات واحتياطات الاستعمال:

قبل الالء أخذ سالكروزين فيس® 500 مع يجب أخبار الطبيب:

- في حالة كنت حامل أو تربعين في ذلك.

- في حالة كنت ترضعي.

- في حالة كانت لديك مشاكل على مستوى الكبد أو الكلى.

في حالة ظهور أعراض الحساسية (طفح جلدي، حكة) أو حمى خالل العلاج، يجب وقف العلاج واستشارة الطبيب على الفور.

الاستعمال عند الأشخاص المسنين:

يجب أخذ سالكروزين فيس® 500 مع حذر عند الأشخاص المسنين.

الاستعمال عند الأطفال:

لم يتم دراسة إمكانية استعمال سالكروزين فيس® 500 مع بأمان عند الأطفال.

لا يجب أخذ هذا الدواء من طرف الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات.

في حالة أخذ سالكروزين فيس® 500 مع أكثر مما يجب: في حالة أخذت سالكروزين فيس® 500 مع أكثر مما يجب، اتصل على الفور بالطبيب أو الصيدلي أو مركز لمحاربة التسمم مع الإخبار عن الدواء والكمية المتناولة من الأفضل أخذ عليه الدواء مع النشرة الخاصة به وتسليمها لأحد مهني الصحة.

لم يتم الإخبار عن حالات من التسمم بهذا الدواء.

عند فرط الجرعة يجب القيام بغض المعدة بمصحوناً بعلاج خاص بالأعراض الممكن حوثها.

في حالة نسوان أخذ سالكروزين فيس® 500 مع: في حالة نسوان أخذ الجرعة، يجب أخذ الجرعة المنسوبة في أقرب وقت ممكن ما لم يكن وقت الجرعة المقابلة قريباً، والجرعة المولية في الوقت المحدد.

لا يجب أخذ الجرعة مضاعفة لتعويض الجرعة المنسوبة.

في حالة نسوان حجر عات متعددة، المرجوا استشارة الطبيب.

إذا كانت لديك أسلمة أخرى عن كيفية استعمال هذا الدواء، استشر الطبيب أو الصيدلي.

4. ما هي الآثار الجانبية المترتبة؟

كما في دواء يمكن أن تسبب هذا الدواء في آثار غير مرغوب فيها وليس الجميع معني.

الأعراض الجانبية النادرة (يمكن أن تصبح إلى غاية مريض واحد من 1000 شخص):

- الأم الرأس.

- الام العضلات والمقابل.

- احساف بوخة (غثيان).

- فطح جلدي (شرى).

- ارتفاع حساسية الجلد من الضوء والأشعة فوق البنفسجية (حساسية من الضوء).

- الام المعدة و إسهال (يراز متكرر في اليوم).

- تهاب الكبد.

- اضطرابات في القلب.

- الآثار غير المعروفة (لا يمكن تقديرها بناء على البيانات المتاحة).