

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
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.

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- 063133

ND: 32454

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10523 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HASIDI Abdelkarim

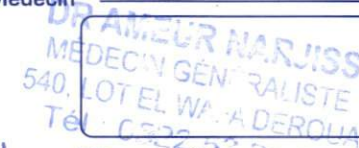
Date de naissance : 11/11/64

Adresse : 4182 EL WAFER DEROUA BORDJ

Tél. : 0677622394 Total des frais engagés : 1204199,16 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/05/2020

Nom et prénom du malade : EL HASIDI Abdelkarim Age :

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

Nature de la maladie : ALD

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
11/05/20	CS	1	129,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY ESSALAM Lot Hay Essalam 26 DETC BENNECHID SABOUNI Micham Tél : 05.30.05.30.14	11/05/20	129,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

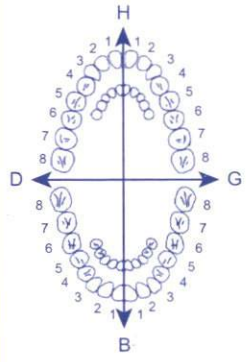
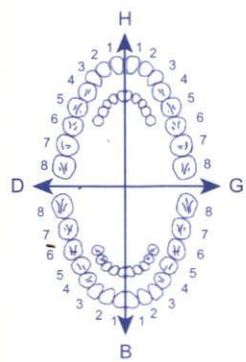
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

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																	
	<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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Narjiss AMEUR

Ex.médecin interne au C.H.U

Ibrahîm Rochd - Casa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

Médecine Générale

Diplôme en échographie générale

E.C.G

الدكتورة نرجس عامر

طبيبة داخلية سابقا

بالمركز الإستشفائي ابن رشد، البيضاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى

تخطيط القلب

Date: 11/05/2020

Nom: Hafidi Abdelkarim

39w

1st Hegler

800 Méri

2nd Relouin B6300g

7310 Hegler

3rd Relouin

17910 Yang

LOT 191591
EXP 12/2022
PPV 39.00DH

PHARMACIE HAY ESSALAM
Prochain rendez vous
Tél: 05.20.05.30.14

الموعد المقبل:

540، تجزئة الوفاء الدروة (قرب مسجد الوفاء)

540, Lot. Wafaa - Deroua - Tél.: 05 22 53 27 53

رولاكسول 500 ملغ/2 ملغ

باراد

أقراء

يخضع

المريض

انظر



LOT: 19E005
PER: 09 2022
P.P.N: 53DH010
CP B20
RELAXOL 500MG/2MG

معلومات الجديدة

رغوب فيه تتم ملاحظته.



يرجى الاطلاع انتباهه 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 تسبب الضرر له. • إذا أصبح أحد التأثيرات غير المرغوب فيها خطراً أو لاحظت أي تأثير غير مرغوب فيه، فيذكر 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 المفصليّة 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 لثيوكولشيكيوزيد و/أو باراسيتامول أو لأحد المكونات الأخرى للدواء (المذكورة في الفقرة 4). • إذا كنت حاملاً أو قد تصبحين حاملاً أو تعتقدين أنك حامل. • إذا كنت من النساء في سن الإنجاب لا تستعملين وسيلة لمنع الحمل. • إذا كنت ترضعين. • صور كبدى 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. يتطلب 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 الممنوحة بها (انظر فقرة "الجرعات").

تحذيرات خاصة: في حالة الإسهال، أخبر الطبيب الذي قد يعيد ضبط الجرعات.

في حالة الأم المهددة، غثيان، في، أخبر الطبيب.

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

خطر لظهور السرطان. لتغير الخصوية الذكرية وقد يشكل خطراً على المولود. يجب التحذير 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.

أخبر الطبيب: • إذا كان وزنك يقل عن 50 كلغ. • إذا كنت تعاني من مرض كبدى 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 وتعالى من أمراض طويلة الأمد، إذا كنت مصاباً بفقرس نقص المناعة البشرية أو التهاب الكبد الفيروسي المزمن. إذا كنت تعاني من التليف الكيسي (مرض جيني ووراثي

يسمى خامة بإصابات تنفسية خطيرة، أو إذا كنت مصاباً بمرض جلبي (مرض وراثي مقترن بارتفاع بيليروبين في الدم).

ينصح بعدم استهلاك المشروبات الكحولية خلال العلاج.

في حالة انقطاع حديث العهد عن الإدمان المزمن على الكحول، يزداد خطر الإصابة بالكبدية. 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، أقراص 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: أبلغ أنك تتناول هذا الدواء إذا وصف لك الطبيب تحليل نسبة الحوض 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 لتخثر الدم عن طريق الفم (وارفارين أو مضاد فيتامين K)، فإن تناول رولاكسول بالجرعات الموصوفة (4 غ/اليوم) لأكثر من 4 أيام يتطلب مراقبة مشددة

للتحاليل البيولوجية بما فيها خاصة النسبة القياسية الدولية. في هذه الحالة، استشر الطبيب. قد تتناقص فعالية باراسيتامول إذا كنت تتناول في نفس الوقت الارتفاعات المحلّية. دواء

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

إذا حصلت في نفس الوقت على باراسيتامول وعلاج بفلوكلوكساسولين (مضاد حيوي)، قد تخاطر بمضاعفات من حمض اظفي (حموضة عالية في الدم بسبب تسرع معدل التنفس).

قد يزداد تسمم باراسيتامول إذا كنت تتناول:

• أدوية من المحتمل أن تكون سامة للكبد. • أدوية تحفز إنتاج الأيض السام لباراسيتامول مثل الأدوية المضادة للصرع (فينوباربيتال، فينيتوين، كاربامازيبين، توبرامات)، •

ريغابيسين (مضاد حيوي). • في نفس الوقت مع الكحول.

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

قد يزيد رولاكسول من الطابع السام لكلورامفينيكول.

الحمل والرضاعة والخصوبة

لا تتناولي هذا الدواء: • إذا كنت حاملاً، قد تصبحين حاملاً أو تعتقدين أنك حامل. • إذا

كنت من النساء في سن الإنجاب ولا تستعملين وسيلة لمنع الحمل.

هذا الدواء قد يعرض المولود للخطر. لا تتناولي هذا الدواء إذا كنت ترضعين، لأنه ينتقل إلى

AXANT
LOT: 200068
DLUO: 02/2023
97,00DH
Laboratoires Deva Pharmaceuti
J. OUAJDI Pharmacien Responsable