

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.

éducation :

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

Nº P19- 063133

ND: 32454

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10523

Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HAFIDI ABDELKARIM

Date de naissance : 1/1/66

Adresse : H182 EL WAFI DEROUA BOUIN

Tél. : 0677622394 Total des frais engagés : 120.139 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DRAMEUR NARJISS
MEDECIN GENERALISTE
540, LOT EL WAFI DEROUA
Tél. : 0522 22 27 53

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/05/2020

Nom et prénom du malade : EL Hafidi Abdellkarim Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :

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
11/05/2020	1	180	180	RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES TÉL 0522 83 27 53 LOT HAY ESSALAM SABOURI Micham Tél : 05.30.05.30.16

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY ESSALAM Lot Hay Essalam 26 Dera SIDI EL HACHEM SABOURI Micham Tél : 05.30.05.30.16	11/05/20	179,10

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
		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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	DATE DU DEVIS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nadjiss AMEUR

Ex.médecin interne au C.H.U

Ibnou Rochd - Casa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

Médecine Générale

Diplôme en échographie générale
E.C.G

Date: 11/05/2020

Nom: Hafidhi Abdelkrim.

الدكتورة نرجس عامر

طبيبة داخلية سابقا

بالمراكز الاستشفائية ابن رشد، البيضاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام

Diplôme في الفحص بالصدى
تخطيط القلب

390

1d Hafidhi

880 Hafidhi

2d Roudai B6300g

5310 Hafidhi

3d Roudai

17910 Hafidhi

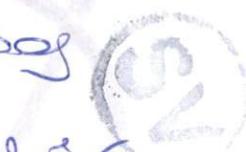
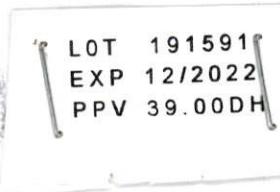
PHARMACIE HAY ESSALAM
Prochain rendez vous: 26

Deb. 2020.05.30:14

Tél:

540, تجزئة الوفاء الدروة (قرب مسجد الوفاء)

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



الموعد المقبل:

رولاكسول 500 ملг/2 ملغ

باراس 6 118000 060833
P.P.U: 530H10

المعلومات الجديدة
رغوب فيه تتم ملاحظته.



CP B20
RELAXOL 500M/62M6

باراس 6 118000 060833

أقراط
يخص
المترتبة
انظر.

يرجى الاطلاع بانتهاء على هذه النشرة بأكملها قبل استعمال هذا الدواء.
احتفل بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قراءتها من جديد. إذا كان لديك أي سؤال آخر،
إذا كان لديك شلل اopleg المزدوج من المعلومات من الطبيب أو الصيدلاني. لقد تم وصف
هذا الدواء لك بشكل شفهي. لا تقم بطالعه لشخص آخر، حتى في حال وجود أعراض
مشابهة. لأنك قد تسببضرر له. إذا أصبح أحد التأثيرات غير المرغوب فيها خطأ أو
لاحظت أي تأثير غير مرغوب فيه يذكر في هذه النشرة، اخْرِ الطبيب أو الصيدلاني.

1. ما هو رولاكسول وما هي الحالات التي يجب استعماله فيها؟
يوصى هذا الدواء في علاج تكميلي للللتصلات العضلية المطلوبة في الأمراض المفصلية لدى
البالغين والمرأة في ابتداء من 16 سنة.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول رولاكسول؟
لا تتناول أبداً رولاكسول في الحالات التالية: إذا كانت لديك حساسية لثيووكشيكوزيد
أو بالاسياتول أو لأحد المكونات الأخرى في الدواء (المذكورة في الفقرة 6). إذا كنت حاملاً
أو قد تصبح حاملاً أو تعتنقاً أنك حامل. إذا كنت من النساء في سن الإنجاب لا
تستعملين وسيلة منع الحمل. إذا كنت ترضعين. قصور كبيدي حلوي أو مرض خطير في
الكبد. لدى الأطفال دون 16 سنة.

في حالة الشك، لا تتردد في استشارة الطبيب أو الصيدلاني.
يجب الانتهاء عند استعمال رولاكسول:

احتياطات الاستعمال الخاصة: يستعمل ببطء في حالة سوابق الصرع أو الاختلاجات.
يطلب 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 باراسياتامول. كما تحتوي عليه أدوية أخرى. تأكيد من ذلك
تناول أدوية أخرى تحتوي على باراسياتامول، بما في ذلك إذا كانت أدوية بدون وصفة
طبية.

لا تجمع بينها حتى لا تتجاوز الجرعة اليومية المنشوص بها (انظر فقرة "الجرعات").

تحذيرات خاصة: في حالة الإسهال، اخْرِ الطبيب الذي قد يعيض بجرعات.
في حالة ألم المعدة، غثيان، في، اخْرِ الطبيب.

اتخِر تماماً جرعات وعده العلاج الموصوفة في الفقرة 3. يجب عدم استعمال هذا الدواء
بجرعه أكبر (أي 8 أفراد من رولاكسول) أو ملء تجاوز 7 أيام. وذلك لأن المكونة في
جسمك عندما تتناول رولاكسول يزيد بجرعات مرتفعة قد تتسرب إلى إصبات في بعض
الخلايا (عدد غير عادي من الصبغيات). ومتى الورهنة على ذلك خلال دراسات لدى
الحيوانات والدراسات في المختبر. لدى الإنسان، يعيض هذا النوع من الإصبات الخلوية عامل

خطر لظهور السرطان، لتغير الخصوصية الذكرية وقد يشكل خطراً على المولود. يجب التحدث
إلى الطبيب إذا كان لديك المزدوج من الأسئلة.
سوف يريحك الطبيب عن كافة التدابير المربوطة 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
باراسياتامول.

تناول باراسياتامول يمكن أن يسبب اضطرابات وظائف الكبد.
آخر الطبيب: إذا كان وزنك يقل عن 50 كيلو، إذا كنت تعاني من مرض كبيدي أو مرض
خطير في الكلى، إذا كنت تشتكي المكحول كثيراً أو توقفت عن استهلاك المكحول مؤخراً.
إذا كنت تعاني من فقدان الماء من العصارة، إذا كنت تعاني من سوء التغذية المزمن،
إذا كنت في فقرة الصوم، إذا فقدت الكثير من الوزن مؤخراً، إذا كان سبك يفوق 75 سنتيمتر
ييفق 65 سنتيمتر وتعاني من آلام طفولية الأداء، إذا كنت مصاباً بغير وسوس نقص المناعة البشرية
أو بالثالو الكبد الغيروفي المزمن، إذا كنت تعاني من التليف الكيسي (مرض جيني ووراثي
يسمى خاصية باراسياتامول تفاصي خطير، أو إذا كنت مصاباً بمرض جيلبر (مرض وراثي مقترن
بارتفاع بيلورين في الدم).

يُنصح بعدم استهلاك المشروبات الكحولية خلال العلاج.

في حالة انقطاع حدوث العدوى عن الإدمان المزمن على الكحول، يتزايد خطر الإصابة الكبدية.
في حالة التهاب الكبد الغيروفي العاد، توقف عن العلاج واستشر الطبيب.

في حالة مشكلة التغذية (سوء التغذية) أو فقدان الماء من الجسم، يجب تناول رولاكسول.
أعراض بكل حذر
الأطفال والمرأة: لا تستعمل هذا الدواء لدى الأطفال أو المرأة في دون 16 سنة لأسباب
السلامة.

في حالة الشك، لا تتردد في استشارة الطبيب أو الصيدلاني.
تناول أو استعمال أدوية أخرى: ابلغ أنك تتناول هذا الدواء إذا وصف لك الطبيب تحليل
نسبة المضادات الاليكترونية في الدم أو نسبة السكر في الدم.

لا تتناول أدوية أخرى تحتوي على باراسياتامول. قد تعرضاً لخطر جرعة مفرطة.
إذا كنت تتعصب علاجًا مضاداً لغير الدم من طريق الفم (وارفارين أو مضاد فارينام)، فإن

تناول باراسياتامول بالجرعات القصوى (4 غ/اليوم) لأكثر من 4 أيام يتطلب مرافق مدددة
للمتحاليل البيولوجية بما فيها خاصية النسنة القياسية الدوائية. في هذه الحالة، استشر الطبيب.
قد تتناقض فعالية باراسياتامول إذا كنت تتناول في نفس الوقت الرياحينات المخلية - دواء
يخفض نسبة الكولستيرون في الدم (احترب فاصلًا زمنياً لأكثر من ساعتين من كل جرعة).

إذا حصلت في نفس الوقت على باراسياتامول وعلاج بفلوكوكساسينيل (مضاد حيواني)، قد
تختلط بالمانعات من مضادات أيقبي (حموضة عالية في الدم يسبب تسرع معدل التنفس).
قد يتزايد تسمم باراسياتامول إذا كنت تتناول:

أدوية من المحمول أن تكون سامة للكبد. أدوية تفعيل الأيض السام لباراسياتامول
مثل الأدوية المقدرة على تفعيل المحمول للصرع (فينتوين، كاربامازين، توبيمات، *
ريقاميسين (مضاد حيوي)، * في نفس الوقت مع المكحول.

آخر الطبيب أو الصيدلاني إذا كنت تتناول أو تتناول مؤخرًا أو قد تتناول أي دواء آخر.
قد يتزايد رولاكسول من الطبيع السام لكتورامينيكوكول.
الحمل والرضاعة والخصوبة
لا تتناول هذا الدواء: إذا كنت حاملاً، قد تصبح حاملاً أو تعتقدين أنك حامل. إذا
كنت من النساء في سن الإنجاب و لا تستعملين وسيلة منع الحمل.
هذا الدواء قد يعرض المولود للخطر، لا تتناول هذا الدواء إذا كنت ترضعين، لأنه ينتقل إلى

AZAXANT

Laboratories Deva Pharmaceutical
JOUAUDI Parmacler Responsable

07.000H
DLUO: 02/2023
LOT: 200068