

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



no = 24703

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0013032

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6986 Société : RAM -  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : Subarti Abdolkader Date de naissance : 15/07/1959  
Adresse : Hay Mouhamed Traouche 17 Imme 23 N° 14 Secteur II ATTACHA  
Tél : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 confidentiels 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) :

### 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

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		53.10

### 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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# صيدلية سحنون

## PHARMACIE SAHNOUN

### SAHNOUN FATIHA

Docteur en Pharmacie



## FACTURE

N° 100224

Casablanca le, : ..... Mr. : senbouki Abdelkader

Quantité	Désignation	Prix U.	Prix T.
01	Retardant	310	310
	celle facturo Annete		
	a la somme	310	

PHARMACIE SAHNOUN  
Dr. Fatima Sahnoun  
Tel: 051 775041  
04 Avenue Zerktouni

LOT : 9MA114  
PER.: 12 2021

RELAXOL 500MG/20ml  
CP B20

P.P.V : 53DH10



# رولاكسول® 500 ملغ

باراسيتامول اثيوكولشيكوزيد

## أقرص

يخضع هذا الدواء لمراقبة إضافية مستحکم من التعرف بسرعة على المعلومات الجديدة المرتبطة بالسلامة. يمكنك المساهمة فيها بالإبلاغ عن أي تأثير غير مرغوب فيه تتم ملاحظته. انظر نهاية الفقرة 4 كيف يتم التصريح عن التأثيرات الثانوية.

يرجى الاطلاع بانتباه على هذه النشرة بأكملها قبل استعمال هذا الدواء.

احفظ بعيدة 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، فم يذكر في هذه النشرة، اخطر الطبيب أو الصيدلي.

1. ما هو رولاكسول وما هي الحالات التي يجب استعماله فيها؟

يوصف هذا الدواء في علاج تكميل لتقلصات العضلية المؤلمة في الأمراض المفضلية 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 لثيوكولشيكوزيد و/أو باراسيتامول أو لأحد المكونات الأخرى للدواء (المذكورة في الفقرة 6). • إذا كنت حاملاً أو قد تصبحي حاملاً أو تتعقدن أنك حامل. • إذا كنت من النساء في سن الإنجاب لا تستعملين وسيلة لمنع الحمل. • إذا كنت ترضعين. • قصور 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 الاضطرابات. يتطلّب ظهور نوبة اختلاجية توقيف العلاج. في حالة جرعة مفرطة أو تناول جرعة حد مرتفعة عن طريق الخطأ، استشر الطبيب على الفور.

يحتوي هذا الدواء على باراسيتامول. كما يحتوي عليه أدوية أخرى. تأكد من أنك لا تتناول أدوية أخرى تحتوي على باراسيتامول. • ما في ذلك إذا كانت أدوية بدون وصفة طبية. • تأكد من تجاوز الجرعة اليومية الموصى بها (انظر فقرة "الجرعات").

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

في حالة ألم المعدة، غثيان، قيء، اخطر الطبيب.

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

قبل الشروع في العلاج بهذا الدواء، تحقق من عدم تناول أدوية أخرى تحتوي على

باراسيتامول.

تتاول الباراسيتامول يمكن أن يسبب اضطرابات وظائف الكبد.

أخبر الطبيب: • إذا كان وزنك يقل عن 50 كغ. • 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 وتعاني من أمراض طويلة الأمد. • إذا كنت مصاباً بفرس نقص المناعة البشرية أو بالتهاب الكبد الفيروسي المزمن. • إذا كنت تعاني من التليف الكيسي (مرض سيني ووراثي) يتسم خاصة بإصابات تنفسية خطيرة، أو إذا كنت مصاباً بمرض جيلبر (مرض وراثي مقترن بارتفاع بيليروبين في الدم).

ينصح بعدم استهلاك المشروبات الكحولية خلال العلاج.

في حالة انقطاع حديث العهد عن الإدمان المزمن على الكحول، يتزايد خطر الإصابة الكبدية. 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 تتعد في استشارة الطبيب أو الصيدلي.

تناول أو استعمال أدوية أخرى: ابلغ أنك تتناول هذا الدواء إذا وصف لك الطبيب تحليلاً نسبة الحمض اليوريك في الدم أو نسبة السكر في الدم.

لا تتناول أدوية أخرى تحتوي على باراسيتامول. قد تتعرض لخطر جرعة مفرطة. إذا كنت تتبع علاجاً مضاداً لتعثر الدم عن طريق الفم (وارفارين و/أو مضاد فيتامين K)،

تناول باراسيتامول بالجرعات الموصى (4 غ/اليوم) لأكثر من 4 أيام يتطلب مراقبة مشددة للحالة البيولوجية ما فيها خاصة النسبة القياسية الدولية. في هذه الحالة، استشر الطر. قد تتنافس فعالية باراسيتامول إذا كنت تتناول في نفس الوقت اليراثينجات المخيلية - دون يخف نسبة الكولسترول في الدم (احترم فاصلاً زمنياً لأكثر من ساعتين بين كل جرعتين). إذا حصلت في نفس الوقت على باراسيتامول بعلاج بفلوكسازين (مضاد حيوي)، قد تخاطر بالمضاعفات من حمض أضي (حوضه عالية في الدم يسبب ترمع معدل التنفس). قد يتزايد تسهم باراسيتامول إذا كنت تتناول:

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

• ديفلاميسين (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 طابع السام لكوكورامينيكول.

الحمل والرضاعة والخصوبة

لا تتناول هذا الدواء. • إذا كنت حاملاً، قد تصبحي حاملاً أو تتعقدن 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 تتناولي، لأنه ينتقل إلى