

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

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-523634

65980

Autres



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2733

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL Aidi YABAREK

Date de naissance :

1956

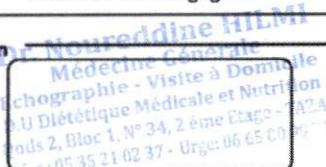
Adresse :

Tél. : 06 58 44 60 91

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : TAFA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/04/2021

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
21/2/2020	2	-	1000000	INP : 100089084 Dr. Noureddine Générale Médecin Visite à Domicile Echographie Radiologie et Nutritio D.U.D. 2ème Flage - T... 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ATTAOUIK AH BOUTBAKI: Dr en Pharmacie Hay Qods II, Bloc 7, N° 44 - TZA Tél: 05 35 21 01 54	16/02/2020	216,50 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>	
				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				
	H	25533412 00000000 D 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					

Dr. Noureddine HILMI

Médecine Générale

Echographie - Visite à Domicile

D.U Diététique Médicale et Nutrition

D.U Dermatologie Interventionnelle

Lauréat de La Faculté de Médecine
et de Pharmacie - RABAT

الدكتور نور الدين حلمي

الطبيب العام

الفحص بالصدى - عيادات منزلية

دبلوم جامعي في التقنية الطبية والحمية

دبلوم جامعي في طب الجلد التدخلي

جامعة كلية الطب والصيدلة بالرباط

Taza, Le

14 FEV 2020

زيارة في

29,00

1) Mefsal M-eps

7.5

29,00

mpg

Aperç'

53,10

2) Relaxol up

7.

22,00

mpa 3g

$22,00 \times 2 = 44,00$

4

3) Vidal up

7.5

22,00

1 ep x 3g

34,40

4) pros ferid gel

2

mpas

980,50 Dhs

7.5

22,00

1 ep x 21g

8

Dr. Noureddine HILMI
Médecine Générale
Echographie - Visite à domicile
D.U Diététique Médicale et Nutrition
D.U Dermatologie Interventionnelle
Taza, 14 Février 2020 - 06 65 80 99 74

القدس 2 بلوك 1 رقم 34 الطابق الثاني «قرب مقهى روتييردام» تازة الجديدة

هاتف العيادة: 06 65 80 99 74 05 35 21 02 37



Kétoprofène

PROFENID 2,5%
GEL T60G
LOT : 19E004
PER.:08 2021

P.P.V : 34DH40



Gel pour application locale

COMPOSITION

Kétoprofène : 2,5 g / 100 g.
Excipients : carboxypolyméthylène (carbopol 940), triéthanolamine, huile essentielle de lavande, alcool éthylique à 95°, eau purifiée.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION

Gel pour application locale; tube de 60 g.

INDICATIONS

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le kétoprofène. Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 18 ans), en traitement de courte durée des traumatismes de type entorse bénigne (boulure, contusion).

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- à partir du 6ème mois de l'grossesse,
- antécédent d'asthme ou médicamenteux ou à un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- antécédent d'allergie cutanée au kétoprofène ou à l'acide tiaprofénique, au fénofibrate (médicament destiné à baisser le taux de cholestérol), à un produit solaire ou au parfum,
- antécédent d'allergie à l'un des excipients,
- sur peau lésée, quelle que soit la lésion : lésions suintantes, eczéma, lésion infectée, brûlure ou plaie.

Pendant le traitement et les deux semaines suivant l'arrêt, **ne pas s'exposer au soleil (même voilé), ni aux UVA.**

PER..02
2022
LOT: 9MA116

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20



P.P.V: 53DH10

6 118000 060833

على لظهور السرطان، لـ
إذا الطبيب إذا كان لديك
سوف يخبرك الطبيب عن
الحمل.

تُنَزَّل 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.

أغیر الطبيب: إذا كان وزنك يقل عن 50 كغم، إذا كنت تعاني من مرض كبد أو مرض

خطير في الكلى، إذا كنت تستهلك الكحول كثيراً أو توقف عن استهلاك الكحول مؤخراً.

إذا كنت تعاني من مرض في الجسم، إذا كنت تعاني مثلاً من سوء التغذية المزمن،

إذا كنت في فترة الصوم، إذا قدرت الكثافة التي تتناولها مثلاً بـ 75 سنتيمتر متر مربع أو

يُفْوَقُ 65 سنة وتعاني من أمراض طبوقة الأبدم، إذا كنت مصاباً بغير سُنْ نقص المناعة المُكتسبة أو بالتهاب الكبد الفيروسي المزمن، إذا كنت تعاني من التليف الكيسي (مرض جيني ووراثي

يُسْمِى خارجاً بإصوات تنفسية خطيرة، أو إذا كنت مصاباً بمرض جيلبر (مرض روثاني مقترب)

بارتفاع بيليوبتين في الدم).

يُنصح بعدم استهلاك المشروبات الكحولية خلال العلاج.

في حالة القطاع 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.

أعراض بكل حذر

الأطفال وأمراهقون: لا تستعمل هذا الدواء لدى الأطفال أو المراهقون دون 16 سنة لأسباب

السلبية.

في حالة الشك، لا تتردد في استشارة الطبيب أو الصيدلي.

تناول أو استعمال أدوية أخرى: أبلغ أثنك تتناول هذا الدواء إذا وصف لك الطبيب تحليلاً

نسبة المحمض الريبوبيك في الدم أو نسبة السكر في الدم.

لا تتناول أدوية أخرى تحتوي على باراسيتامول. قد تتعرض لخطر جرعة مفرطة.

إذا كنت تناول علاجاً مضاداً لتأثير الدم من طريق الفم (وارفارين أو مضاد فايماين K)، فإن

تناول باراسيتامول بالجرعات القصوى (4 غ/اليوم) لأكثر من 4 أيام يتطلب مرافقاً مشددة

للمتابوال بريوبوكسيمهياً بها فيها خاصية النسبة القياسية الدولية. في هذه الحالة، استشر الطبيب

قد تناول أدوية أخرى باراسيتامول إذا كنت تتناول في نفس الوقت الراتينجينات المخلبانية - دواء

في حالة جرعة مفرطة أو تناول جرعة جداً مرتفعة عن طريق الخطأ، استشر الطبيب على الفور.

يعتبر الانتهاء عند استخدام رولاكسول:

احتياطات الاستعمال الخاصة: يستعمل بمحظة في حالة سوابق الصرع أو الاختلالات.

يتطلب ظهور نوبة اختلالية توقيف العلاج.

في حالة جرعة مفرطة أو تناول جرعة جداً مرتفعة عن طريق الخطأ، استشر الطبيب على الفور.

تحذيرات خاصة: في حالة الإسهال، الشفاف، في، أغير الطبيب الذي قد يعيدي ضبط الجرعات.

في حالة آلام المعدة، الشفاف، في، أغير الطبيب.

احترم تماماً جرعات ومدة العلاج الموصوفة في الفقرة 3. يجب عدم استعمال هذا الدواء

جرعة أعلى من رولاكسول أو مدة تتجاوز 7 أيام، وذلك لأن المكونة في

جسمك عندما تتناول ثيووكليوكوزيد بجرعات مرتفعة قد تسبب في إصادات في بعض

الخلايا (عدد غير عادي من الصبغيات). وقت الريحنة على ذلك خلال دراسات لدى

الميونات والدراسات في المختبر. لدى الإنسان، يعتبر هذا النوع من الإصادات الخطوية عامل

رولاكسول® 500 ملغ/2 ملغ

باراسيتامول/ثيووكليوكوزيد

أعراض

يُخضع هذا الدواء لمراقبة إضافية ستمكن من التعرف بسرعة على المعلومات الجديدة
المتعلقة بالسلامة. يمكنك المساهمة فيها بالإبلاغ عن أي تأثير غير مرغوب فيه تم ملاحظته.
آخر نهاية الفقرة 4 كيف يتم التصریح عن النتائج التألفية.

يرجى الاطلاع بانتهاء 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، طلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو الصيدلي. لقد تم وصف
هذا الدواء لك بشكل شخصي، لا تقم بإعطائه شخص آخر، حتى في حال وجود أعراض
مشابهة، لأنك قد تسبب الشرر له. إذا أصبح أحد المثارات غير المرغوب فيها خطراً أو
لاحظت أي تأثير غير مرغوب فيه في مذكر في هذه النشرة، اغیر الطبيب أو الصيدلي.

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

يُوصى هذا الدواء في علاج تكميلي للنبلات العضلية المؤلبة في الأمراض المفصلية لدى
البالغين والمراهقون ابتداء من 16 سنة.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل تناول رولاكسول؟

لا تستعمل أبداً رولاكسول في الحالات التالية: إذا كانت لديك حساسية لثيووكليوكوزيد
أو باراسيتامول أو لأحد المكونات الأخرى للدواء المذكورة في الفقرة 6. إذا كنت حاملاً

أو قد تصبحين حاملاً أو تعتقدين أنك حاملاً، إذا كنت من النساء في سن الإنجاب لا
تستعملين وسيلة لمنع الحمل. إذا كنت ترضعن، فقصور كيكي خلوي أو مرض خطير في
الكريات. لدى السيدات اللاتي يلدمن ابتداء من 16 سنة.

في حالة الهراء، من المفروض استشارة الطبيب أو الصيدلي.

يجب الانتهاء عند استخدام رولاكسول:

احتياطات الاستعمال الخاصة: يستعمل بمحظة في حالة سوابق الصرع أو الاختلالات.
يتطلب ظهور نوبة اختلالية توقيف العلاج.

في حالة جرعة مفرطة أو تناول جرعة جداً مرتفعة عن طريق الخطأ، استشر الطبيب على الفور.

تحذيرات خاصة: كما تحتوي على أدوية أخرى. تأكد من أنه لا
تتناول أدوية أخرى تحتوي على الباراسيتامول. بما في ذلك إذا كانت أدوية بدون وصفة
طبية.

لا تجمي بيتها حتى لا تتجاوز الجرعة اليومية المنشوص بها (النظر فقرة "الجرعات").

تحذيرات خاصة: في حالة الإسهال، الشفاف، في، أغير الطبيب الذي قد يعيدي ضبط الجرعات.

في حالة آلام المعدة، الشفاف، في، أغير الطبيب.

احترم تماماً جرعات ومدة العلاج الموصوفة في الفقرة 3. يجب عدم استعمال هذا الدواء

جرعة أعلى من رولاكسول أو مدة تتجاوز 7 أيام، وذلك لأن المكونة في

جسمك عندما تتناول ثيووكليوكوزيد بجرعات مرتفعة قد تسبب في إصادات في بعض
الخلايا (عدد غير عادي من الصبغيات). وقت الريحنة على ذلك خلال دراسات لدى

الميونات والدراسات في المختبر. لدى الإنسان، يعتبر هذا النوع من الإصادات الخطوية عامل