

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.



Declaration de Maladie

N° W21-651194

par
cour

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> A |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 9278 | Société : 83-92 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : BEN DOURO MOUAD | | | |
| Date de naissance : 13/01/69 | | | |
| Adresse : Habibkelli | | | |
| Tél. : 05 37 67 00 07 | Total des frais engagés : | | |

| | | | |
|--|--|-----------------------------------|--------------------------------|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019 | Cadre réservé au Médecin Dr. Said DEBBOUR | | |
| | Chirurgien Traumato-Orthopédiste N°9, Imm.79, Av. Ibn Sina, Agdal-Rabat Tél.: 05 37 67 00 07 Urgence : 06 61 25 00 15 INPE : 101 104 404 | | |
| Cachet du médecin : | Date de consultation : | Age: | |
| Nom et prénom du malade : Burgote | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfan |
| Nature de la maladie : Sous - Acromiale droite | | | |
| 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'adhérent. | | | |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

| | |
|--|---------------|
| VOLET ADHERENT | |
| Déclaration de maladie | N° W21-651194 |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. | |
| Matricule : 9278 | |
| Nom de l'adhérent(e) : Ben Douro Mouad | |
| Total des frais engagés : | |

| 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 Piément des Actes |
| 20/08/2021 | CG | | 6 | Dr. Sait DEBBOUR Chirurgien-Dentiste-Orthopédiste IBN SINA, Agdal-Rabat TÉL : 0524 61 25 00 15 MÉTIER : 101 104 404 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-------------------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE DES JARDINS DI. JAROR SABRA avenue Mohammed 6. CGI : Rabat ex : 0537011040 | 30/08/21 | 106,20 DHS INPE: 102068962 |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VIOLET ADHESIVE

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



استقبال المستعجلات وحالات الإنعاش (الكبار والأطفال) والفحوص بالأشعة والمخبر على مدار الساعة
Urgences, Réanimation (adultes, nourrissons), Radiologie, Laboratoire 24 h/24, 7j/7

Rabat, le 30/08/2021

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.E.P.: 09/2019
P.E.H.: 30/08/2023
P.P.V.: 53DH10
1180009860833

7me Jour Benotourov

53,6x2

1 - Relaxol

2 - 2 - 2 x 0,5
1/2 pour une repas

F. 106,2 8/08

Urgence : 06 61 25 00 15
Tél : 05 37 67 00 07
N° 6, Avenue Ibn Sina, Rabat
Chirurgien Traumatologue Orthopédiste
Dr. Said DEBBOUR



Relaxol® 500mg /2mg

Paracétamol/ thiocolchicoside

comprimé

SANOFI

Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Vous pouvez y contribuer en signalant tout effet indésirable que vous observez. Voir en fin de rubrique 4 comment déclarer les effets indésirables.

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. • Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. • Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif. • Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1. QU'EST-CE QUE Relaxol ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament est indiqué dans le traitement d'appoint des contractures musculaires douloureuses en rhumatologie chez les adultes et les adolescents à partir de 16 ans.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE Relaxol ?

Ne prenez jamais RELAXOL dans les cas suivants : • Si vous êtes allergique au thiocolchicoside et/ou au paracétamol ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (mentionnés dans la rubrique 6). • Si vous êtes enceinte, pourriez tomber enceinte ou pensez que vous pourriez être enceinte. • Si vous êtes une femme en âge d'avoir des enfants n'utilisant pas de contraception, • Si vous allaitiez

- Insuffisance hépatocellulaire ou si vous avez une maladie grave du foie, • Enfants de moins de 16 ans.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Faites attention avec **RELAXOL :**

Mises en garde spéciales : Utiliser avec précaution en cas d'antécédents d'épilepsie ou de convulsions. La survenue de crise convulsive impose l'arrêt du traitement.

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Vérifiez que vous ne prenez pas d'autres médicaments contenant du paracétamol, y compris si ce sont des médicaments obtenus sans prescription.

Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (voir rubrique « Posologie »).

Précautions d'emploi : En cas de diarrhée, prévenez votre médecin qui pourra éventuellement réajuster la posologie.

En cas de douleurs d'estomac, de nausées, de vomissements, prévenez votre médecin.

Respectez rigoureusement les doses et la durée du traitement décrites à la rubrique 3. Vous ne devez pas utiliser ce médicament à une dose plus élevée (soit

LOT : 101
PER : 11/2023

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10

6 118000 060833

il 7 jours. Ceci est dû au fait lorsque vous prenez ce médicament sur certaines personnes. Il peut également entraîner une augmentation de la température corporelle et peut-être dangereux pour un enfant à naître. Parlez-en avec votre médecin si vous avez plus de questions.

Votre médecin vous renseignera sur toutes les mesures relatives à une contraception efficace et sur les risques potentiels d'une grossesse. La durée du traitement est limitée à 7 jours consécutifs.

Avant de débuter un traitement par ce médicament, vérifiez que vous ne prenez pas d'autres médicaments contenant du paracétamol.

La prise de paracétamol peut entraîner des troubles du fonctionnement du foie. Prévenez votre médecin : • Si vous pesez moins de 50 kg, • Si vous avez une maladie du foie ou maladie grave des reins, • Si vous buvez fréquemment de l'alcool ou que vous avez arrêté de boire de l'alcool récemment, • Si vous souffrez de déshydratation, • Si vous souffrez par exemple de malnutrition chronique, si vous êtes en période de jeûne, si vous avez perdu beaucoup de poids récemment, si vous avez plus de 75 ans ou si vous avez plus de 65 ans et que vous présentez des maladies de longue durée, si vous êtes atteint du virus du SIDA ou d'une hépatite virale chronique, si vous souffrez de mucoviscidose (maladie génétique et héréditaire caractérisée notamment par des infections respiratoires graves), ou encore si vous êtes atteints de la maladie de Gilbert (maladie héréditaire associée à une augmentation du taux de bilirubine dans le sang).

La consommation de boissons alcoolisées pendant le traitement est déconseillée. En cas de sevrage récent d'un alcoolisme chronique, le risque d'atteinte hépatique est majoré.

En cas d'hépatite virale aiguë, arrêtez votre traitement et consultez votre médecin. En cas de problème de nutrition (malnutrition) ou de déshydratation, Relaxol, comprimé doit être utilisé avec précaution.

Enfants et adolescents : N'administrez pas ce médicament à des enfants ou des adolescents âgés de moins de 16 ans pour des raisons de sécurité.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Prise ou utilisation d'autres médicaments : Signalez que vous prenez ce médicament à votre médecin vous prescrit un dosage du taux d'acide urique dans le sang ou un dosage de la glycémie.

Ne prenez pas d'autres médicaments contenant du paracétamol. Vous risqueriez un surdosage.

Si vous suivez un traitement anticoagulant par voie orale (par warfarine ou AVK), la prise de paracétamol aux doses maximales (4 g/jour) pendant plus de 4 jours nécessite une surveillance renforcée des examens biologiques dont notamment de l'INR. Dans ce cas, consultez votre médecin.

L'efficacité du paracétamol peut être diminuée si vous prenez simultanément des résines chélantes – médicament qui diminue le taux de cholestérol dans le sang (respectez un intervalle de plus de 2 heures entre les 2 prises).

Si vous recevez en même temps que du paracétamol, un traitement par fluclouxacine (un antibiotique), vous risquez de présenter une acidose métabolique (sang trop acide à l'origine d'une accélération de la fréquence respiratoire).

La toxicité du paracétamol peut être augmentée, si vous prenez :

- Des médicaments potentiellement toxiques pour le foie,
- Des médicaments qui favorisent la production du métabolite toxique du paracétamol tels que les médicaments antiépileptiques (phénobarbital, phénytoïne, carbamazépine, topiramate),
- De la rifampicine (un antibiotique),
- En même temps de l'alcool.

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avec récemment pris ou pourrez prendre tout autre médicament.

Relaxol peut augmenter la toxicité du chloramphénicol.

Grossesse, allaitement et fertilité

Ne prenez pas ce médicament : • si vous êtes enceinte, pourriez tomber