

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.

3. Inde et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 - 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 - 0 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.

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



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

Déclaration de Maladie

Nº W21-676025

25 28.4 38

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>282</u>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>HADDOU ABDELAZIZ</u>			
Date de naissance : <u>28/03/1970</u>			
Adresse :			
Tél. : <u>0524 22 22 22</u>			
Total des frais engagés :			Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	طبيب مختار - طبيب مختار - طبيب مختار - طبيب مختار
Cachet du médecin :	طبيب مختار - طبيب مختار - طبيب مختار - طبيب مختار
Date de consultation :	06 SEPT 2022
Nom et prénom du malade :	HADDOUD Abdellaziz
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	HTA
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
15 SEP 2022	C	200/01	106966	INP : 106966 Dr. TIR Abdelaziz Dr. TIR Abdelaziz 58, Route Mouloud Hay Hassouni TÉL: 0522 94 21 67

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date
6.9.22

Montant de la Facture
473.20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier

Date des Soins

Nombre

AM

PC

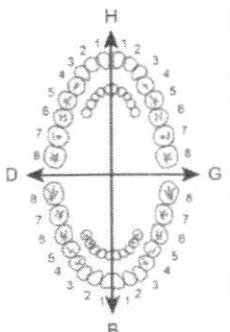
IM

IV

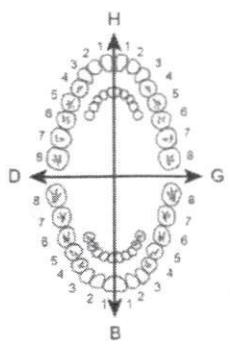
Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزولي

طبيب محلف

جنيدي المحاكم

HAZOUD

Abdelaziz

Casablanca, le :

06 SEPT 2022

الدار البيضاء، في:

PPV: 61DH50
PER: 06/25
LOT: L2101

1 - 61.50 Robic 15 x 10 x 24 68,90

SV

2 - 53.10 Relaxol x 10 x 24 68,90

SV

3 - 30.00 Noltefux 10 x 24 68,90

PHARMACEUTIQUE
POLYCLINIQUE
Dr. DR. Abdelaziz
58 Route Mly Thami Hay Hassan
Tél: 0522.90.21.61

4 - 53.00 T. DPM x 10 x 24 68,90

SV

5 - Fluvedex LP x 10 x 24 68,90

SV

6 - 423.20 1 Ylla 68,90

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassan), Mazola - Hay Hassan - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgzsa@gmail.com

IPP®
Métoprotox 20 mg
Boîte de 14 Gélules
PPV. : 53.00 DH



الدكتور سعيد الكزولي
طبيب محلف
جنيدي المحاكم
الدار البيضاء، في:
61DH50
06/25
L2101
 IPP®
Métoprotox 20 mg
Boîte de 14 Gélules
PPV. : 53.00 DH
6111

été mis en évidence lors d'études en laboratoire (voir en rubrique 2 « Avertissements et précautions »).

Il est possible que le paracétamol puisse altérer la fertilité des femmes, de façon réversible à l'arrêt du traitement.

Effets sur l'aptitude à conduire un véhicule ou à utiliser des machines

Ce médicament peut provoquer de la somnolence. Vous devez donc éviter de conduire un véhicule ou d'utiliser une machine lorsque vous prenez ce médicament.

3. COMMENT PRENDRE Relaxol 500 mg/2mg comprimé ?

RESERVE A L'ADULTE DE PLUS DE 16 ANS

Veillez à toujours prendre ce médicament de votre médecin ou pharmacien en cas de doute

à dose quotidienne¹

à l'intervalle au mir

NE PAS DÉPASSER 6 C

La durée du traitement

Toujours respectez

les prises (paracétamol ou i

En cas d'insuffisance ré

ml/min), les prises doivent

par jour ne doit pas dépass

La dose maximale journali

médicaments contenant de

exceed 60 mg/kg par jour (sa

• Adultes de moins de 50 kg,

grave des reins. • Si vous buvez fi

de boire de l'alcool récemment,

souffrez, par exemple de malnutrition

si vous avez perdu beaucoup de po

... vous avez perdu beaucoup de po

... vous avez plus de 65 ans et que vous

... 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 atteint

de la maladie de Gilbert (maladie héréditaire associée à une augmentation du

taux de bilirubine dans le sang).

Si vous avez l'impression que l'effet de ce médicament est trop fort ou trop faible,

consultez votre médecin ou votre pharmacien.

EN CAS DE DOUTE, DEMANDEZ CONSEIL A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE

PHARMACIEN.

Ne dépassez pas la dose recommandée ni la durée du traitement.

Ce médicament ne doit pas être utilisé pour un traitement à long terme (voir la

rubrique 2).

Mode d'administration : Voie orale.

Avaler les comprimés avec un verre d'eau.

Utilisation chez les enfants et les adolescents : N'administrez pas ce

médicament à des enfants ou des adolescents âgés de moins de 16 ans pour des raisons de sécurité.

Si vous avez pris plus de RELAXOL que vous n'auriez dû : Si vous avez pris

accidentellement du Relaxol ou si vous avez pris PLUS de RELAXOL que vous

n'auriez dû, parlez-en immédiatement à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre RELAXOL : Ne doublez pas une dose pour compenser

une dose que vous avez oubliée de prendre.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez

conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFET INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

• Liés au paracétamol

Généralement, une réaction allergique peut survenir :

- boutons et/ou des rougeurs sur la peau, • urticaire, • brusque gonflement du visage et du cou pouvant entraîner une difficulté à respirer (œdème de Quincke), • malaise brutal avec baisse importante de la pression artérielle (chock anaphylactique).

Si une allergie survient, vous devez immédiatement arrêter de prendre ce médicament et consulter rapidement votre médecin. À l'avenir, vous ne devrez

plus jamais prendre de médicaments contenant du paracétamol.

De très rares cas d'effets indésirables cutanés graves ont été rapportés.

Exceptionnellement, ce médicament peut diminuer le nombre de certaines cellules du sang : globules blancs (leucopénie, neutropénie), plaquettes (thrombopénie) pouvant se manifester par des saignements du nez ou des genoux. Dans ce cas, consultez un médecin.

Autres effets indésirables possibles (dont la fréquence ne peut être estimée sur la base de données disponibles) : troubles du fonctionnement du foie, diminution importante de certains globules blancs pouvant provoquer des infections graves (agranulocytose), destruction des globules rouges dans le sang (anémie hémolytique) chez les patients présentant un déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase, éruption cutanée en plaques rouges arrondies avec démangeaison et sensation de brûlure laissant des tâches colorées et pouvant apparaître aux mêmes endroits en cas de reprise du médicament (érythème pigmenté fixe), douleur localisée dans la poitrine qui peut irradier vers l'épaule gauche et la mâchoire d'origine allergique (syndrome de Kounis), difficulté à respirer (bronchospasme). Dans ce cas, consultez un médecin.

• Liés au thiocolchicoside

Fréquent (pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 10)

• somnolence, • diarrhée, douleur à l'estomac (gastralgie).

Peu fréquent (pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 100)

• démangeaisons, • nausées, vomissements, • réactions allergiques de la peau.

Rare (pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 1 000)

- irritations de la peau (urticaire), • agitation et altération des sens et de la raison (obnubilation passagère), • douleur et brûlure à la gorge, à la poitrine et à l'estomac (pyrosis).

Très rare (pouvant affecter jusqu'à 1 personne sur 10 000)

• diminution de la pression artérielle (hypotension).

Fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles)

- convulsions (voir rubrique 2 « Avertissements et précautions »), • inflammation du foie (hépatite) (voir rubrique 2 « Avertissements et précautions »), • gonflement des membres, du visage, des lèvres, de la gorge et/ou de la langue (œdème de Quincke), réactions allergiques graves (chock anaphylactique).

Déclaration des effets indésirables suspectés : Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via l'adresse email : pharmacovigilance.maroc@sanofi.com/ Téléphone : +212 (0) 5 22 66 90 00. En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations sur la sécurité du médicament.

5. COMMENT CONSERVER Relaxol ?

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ne pas utiliser RELAXOL après la date de péremption mentionnée sur la boîte (la date d'expiration fait référence au dernier jour du mois mentionné).

À conserver à une température inférieure à 25 °C.

Ne jetez aucun médicament au tout-à-légoût ni avec les ordures ménagères.

Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez pas. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

Que contient RELAXOL 500 mg / 2 mg, comprimé ?

La substance active est : Paracétamol 500 mg
Thiocolchicoside 2 mg

Pour un comprimé.

Les autres composants sont : Amidon de maïs, Hydroxypropylcellulose, carboxyméthylamidon, Stéarate de magnésium, talc.

Qu'est-ce que RELAXOL 500 mg / 2 mg, comprimé et contenu de l'emballage extérieur ?

Ce médicament se présente sous forme de comprimés, sous blister (PVC/Alu), Boîte de 20.

Conditions de prescription et de délivrance : Tableau A (Liste I).

La dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est : Août 2019 (paracétamol), Décembre 2016 (thiocolchicoside).

