

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

- 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 personnelles.

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

N° P19- 048094

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09965 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : D^r EJJABRI MOHAMED

Date de naissance : 18/05/1960

Adresse : 66 RUE GHAZZA HAY WAFIK BERRCHIO

Tél. : 0645735956 Total des frais engagés : 590,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/08/22

Nom et prénom du malade : Guichak Najma Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Laboratoire

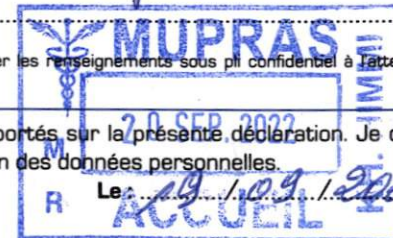
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : BERRCHIO

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
16/08/22	2	1500		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE YASMINA 77 RUE IBNOU NAFIS HAY Yasmina Berrechid Tél : 05 22 53 31 88 062057401	16/08/2022	440,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

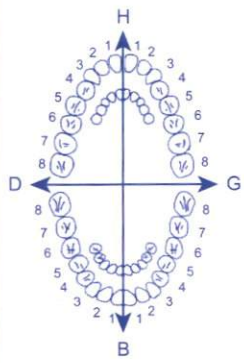
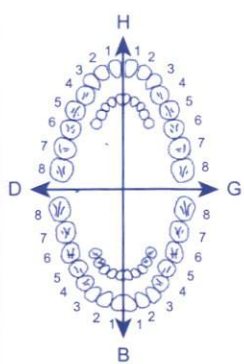
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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														
				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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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																
	[Création, remont, adjonction] 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

Dr. TAIB Karima

Médecine Générale

Lauréate de la Faculté de Médecine

et de Pharmacie à Casablanca

Ex Interne à la Maternité

du CHU AVERROES Suivi de grossesse

Echographie - ECG



الدكتورة الطيب كريمة

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بقسم التوليد

بمستشفى ابن رشد

تتبع الحمل - الفحص الداخلي بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

Berrechid le

16/04/22

ORDONNANCE

PHARMACIE YASMINA

77 RUE IBRAHIM NAFIS

HAY YASMINA Berrechid

Tél : 05 22 53 31 88

Dr. TAIB Karima
CHU AVERROES
70 Bd. Hassan II Tassir I Berrechid
Tél.: 05 22 32 89 29

Gurichet Najoua



59,30

1/ Breni y eff (210)

53,40

2/ Kelanol

60,40

3/ Arundo 100

96,40 (2x) Fluorizin

74,49 Botone

Distribué par: ZENITHPHARM
96, Zone Industrielle Tassila I
Agadir-Maroc
Dr. M. EL BOUHADI, Pharm
AMM N°: 24/18DMP/21/NRQ
P.P.V.: 96.40 DHS

Distribué par: ZENITHPHARM
Zone Industrielle Tassila I
Agadir-Maroc
Dr. M. EL BOUHADI, Pharm
AMM N°: 24/18DMP/21/NRQ
P.P.V.: 96.40 DHS

74,90

70, شارع الحسن الثاني، حي التيسير 1 (قرب محطة طاكسيات الثارة) - برشيد

70, Bd HASSAN II, TISSIR I (Près Taxi Station) - Berrechid

Tél. : 05 22 32 89 29

Tél : 05 22 53 31 88

440,50

BREXIN® comprimés effervescents

Piroxicam bêta-cyclodextrine

Composition :

Piroxicam 20 mg

sous forme de piroxicam bêta-cyclodextrine)

Excipients (dont lactose et aspartam) q.s.p. 1 comprimé

Propriétés :

Anti-inflammatoire non stéroïdien du groupe des oxicams.

Indications :

Les effets sont limités chez l'adulte et l'enfant à partir de 15 ans au :

- traitement symptomatique au long cours :

des rhumatismes inflammatoires chroniques, notamment polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante (ou

syndromes apparentés, tels que syndrome de Flessinger-Leroy-Reiter et rhumatisme psoriasique),

de certaines arthroses douloureuses et invalidantes.

Traitement symptomatique de courte durée des poussées aiguës des :

- rhumatismes ab-articulaires tels que péri-arthrites scapulo-humérales, tendinites, bursites et affections aiguës post-

- traumatiques de l'appareil locomoteur,

- arthrites microcristallines,

- arthroses,

- radiculalgies.

Contre-indications :

Antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de piroxicam ou de substances d'activité proche telles que

autres AINS, aspirine.

Ulcère gastro-duodénal en évolution, insuffisance hépatocellulaire sévère, insuffisance rénale sévère.

Enfants (moins de 15 ans).

Phénylcytonurie du fait de la présence de l'aspartam.

Femme enceinte (à partir du 6^{ème} mois).

En association avec les anticoagulants oraux, autres AINS.

Effets indésirables :

Les plus fréquents sont les suivants :

Effets gastro-intestinaux comme : anorexie, pesanteurs épigastriques, nausées, vomissements, constipation, douleurs

abdominales, flatulences, diarrhées, ulcères.

Réactions d'hypersensibilité : dermatologiques, respiratoires et générales.

Effets sur le système nerveux central : céphalées, somnolences et vertiges.

Réactions cutanéo-muqueuses : éruption, prurit, rares cas de photosensibilisation, stomatites.

Enfant de moins de 15 ans : exceptionnelles infections graves de la peau en cas de varicelle rapportées.

Précautions d'emploi :

Les patients présentant un asthme associé à une rhinite chronique, à une sinusite chronique et / ou à une polyposse

nasale, ont un risque de manifestation allergique lors de la prise d'aspirine et / ou d'AINS plus élevé que le reste de la

population. L'administration de cette spécialité peut entraîner une crise d'asthme.

En cas d'hémorragie gastro-intestinale ou d'une manifestation cutanée ou muqueuse, interrompre immédiatement le

traitement.

La survenue de crise d'asthme chez certains sujets peut être liée à une allergie à l'aspirine. Dans ce cas, ce médicament

est contre-indiqué.

Ce médicament sera administré avec prudence et sous surveillance particulière chez les malades ayant des antécédents

digestifs.

En cas de varicelle, il est prudent d'éviter l'utilisation de ce médicament.

La prescription d'AINS ne doit être envisagée que si nécessaire pendant les 5 premiers mois de la grossesse, et elle

est contre-indiquée à partir du 6^{ème} mois.

Les AINS passant dans le lait maternel

qui allaite.

L'attention doit être

En cas de surdosage

Enfant de moins de

Mode d'emploi et

Réserve à l'adulte.

Les comprimés effe

Les comprimés doiv

Formes et autres p

BREXIN® 20 mg - B

BREXIN® 20 mg - B

BREXIN® 20 mg - B

BREXIN® 20 mg - B

Liste I (Tableau A)

A conserver à l'abri de



59,30

LOT 21010
PER 11/24
EXP 03/03/00



er chez la femme

et de somnolence.

PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem - Maroc
S/L CHIESI FARMACEUTICI S.P.A.

Imp ADIR CS0543.0213

(Indométacine calcique pentahydrate)

douleur thoracique, troubles du rythme, œdèmes périphériques,

رولاكسول[®] 500 ملغ/2 ملغ

باراسيتامول/ثيوكوليشيكوزيد

أقراص

يخضع هذا الدواء لمراقبة إضافية مستمكن 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 النشرةأكملها قبل استعمال هذا الدواء.

• احتفظ بهذه 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 في مذكر في هذه النشرة، أخبر الطبيب أو الصيدلي.

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

يوصف هذا الدواء في علاج تكديلي للتقلصات العضلية المؤلمة في الأمراض العضلية 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 لثيوكوليشيكوزيد وألأو باراسيتامول أو لأحد المكونات الأخرى للدواء (المذكورة في الفقرة 6). • إذا كنت حاملاً أو قد تصبحين حاملاً وتعتدين 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 المرع أو الاختلاجات. يتناول ظهور شوكه، أعراض اختلاجية، توقف العلاج.

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

يحتوي هذا الدواء على باراسيتامول، كما تحتوي عليه أدوية

تتناول أدوية أخرى تحتوي على الباراسيتامول، بما في ذلك طبيبة.

لا تجمع بينها حتى لا تتجاوز الجرعة اليومية الموصى بها

تحذيرات خاصة: في حالة الإسهال، أخبر الطبيب الذي قد يعطيك في حالة آلام المعدة، غثيان، قيء، أخبر 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 ثيوكوليشيكوزيد بجرعات مرتفعة قد تسبب في إصابات في الخلايا (عدد غير عادي من الصفيحات). وقت البرهنة على ذلك خلال دراسات لدى الحيوانات والدراسات في المختبر. لدى الإنسان، يعتبر هذا النوع من الإصابات الخلوية عامل

خطر لظهور السرطان، لتغير الخصوبة الذكرية وقد يشغل خطراً على المولود. يجب التحذير إلى الطبيب إذا كان لديك المزيد من الأمثلة.

سوف يتغير الطبيب عن كافة التدابير المرتبطة 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 باراسيتامول.

تناول 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، يفوق 65 سنة وتعالى من أمراض طويلة الأمد، إذا كنت مصاباً بفيروس نقص المناعة البشرية أو بالتهاب الكبد الفيروسي المزمن. إذا كنت تعاني من التليف الكيسي (مرض جيني وراثي يتسم خاصة بإصابات تنفسية خطيرة)، أو إذا كنت مصاباً بمرض جيلير (مرض وراثي مفرق بارنفاخ بيليروبين في الدم).

ينصح بعدم استهلاك المشروبات الكحولية خلال العلاج.

في حالة النقص 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 لكل حذر

الأطفال والمراهقون: لا تستعمل هذا الدواء لدى الأطفال أو المراهقين دون 16 سنة لأسباب السلامة.

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

تناول أو استعمال أدوية أخرى: أبلغ أنك تتناول هذا الدواء إذا وصف لك الطبيب تحليل نسبة الحمض البوريك في الدم أو نسبة السكر في الدم.

لا تتناول أدوية أخرى تحتوي على باراسيتامول. قد تتعرض لخطر جرعة مفرطة. إذا كنت تتبع علاجاً مضاداً لتخثر الدم عن طريق الفم (وافارين أو مضاد فيتامين K)، فإن تناول باراسيتامول بالجرعات القصوى (4 غ/اليوم) لأكثر من 4 أيام يتطلب مراقبة شديدة.

التفاعلات المحتملة: في حالة خاصة النسبة السلبية للدواء، في هذه الحالة، استشر الطبيب. قد تتنافس فعالية باراسيتامول إذا كنت تتناول في نفس الوقت اليراثيات المخيلة - دواء يخفض نسبة الكوليسترول في الدم (أحترم فاصلاً زمنياً لأكثر من ساعتين بين كل جرعتين).

إذا حملت، في نفس الوقت على باراسيتامول وعلاج بفولوكسكاساميل (مضاد حيوي)، قد نوت (حموضة عاتية في الدم يسبب تسرع معدل التنفس).

بول إذا كنت تتناول: تكون سامة للكبد. • أدوية تحفز إنتاج الأرض السام لباراسيتامول ربح (فيتوناريتال، فينتيتون، كاربامازيبين، توبرامات). •

ي. في نفس الوقت مع الكحول. إذا كنت تتناول أو تناولت مؤخراً أو قد تتناول أي دواء آخر.

قد يزيد رولوسون من الطابع السام لكولورامينيكول.

الحمل والرضاعة والخصوبة لا تتناولوا هذا الدواء: • إذا كنت حاملاً، قد تصبحين حاملاً أو تعتقدين أنك حامل. • إذا كنت من النساء في سن الإنجاب ولا تستعملين وسيلة لمنع الحمل.

هذا الدواء قد يعرض المولود للخطر، لا تتناولوا هذا الدواء إذا كنت ترضعين، لأنه ينتقل إلى

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V. 53DH10



118000 060833

LOT: 21E001
PER: 12 2023