

## 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 à caractère personnel.

**Déclaration de Maladie**

Nº W21-679584

35606

Maladie
 Dentaire
 Optique
 Autres

Matricule : **8783**
Société : **R.A.M.**

Actif
 Pensionné(e)
 Autre :

Nom & Prénom : **EL KASSIMI MOHAMED**

Date de naissance : **22-12-1966**

Adresse : **B. RÉS. ESSALAM Bd. OMY RAPHAELA MAZOLA 111 CASABLANCA**

Tél. : **0661157616**
Total des frais engagés : **252.00 Dhs**

**Cadre réservé au Médecin**

Dr. CHBANI Abdellah  
Médecin du Travail  
Hôpital My Youssef - Casa  
INPE : 91031500

Cachet du médecin :

Date de consultation : **73/10/2022**

Nom et prénom du malade : **EL KASSIMI Mohamed**
Age : **56**

Lien de parenté :  Lui-même
 Conjoint

Nature de la maladie : **APP neurop**
 Enfant

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 : **Casablanca** Le : **21/11/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

#### **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
13/01/2018	C1	1	21	INP : 291031509 Dr. CHBANI Abdellah Médecin du Travail Hôpital My Youssef - Casa INPE : 91031509

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR EL KENZ DR. BIDDA Rajaa Résidence Dar El Kenz Imm E2 - DAR BOUAZZA Tél : 05 20 13 28 69 INPE : 09210M615	13.10.22	252,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

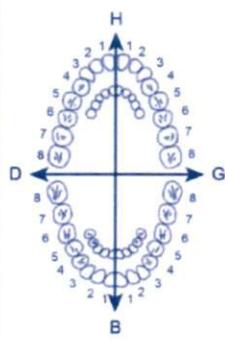
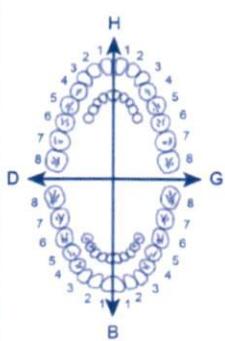
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 G 00000000 11433553	B  H  [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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**

Date : ..... / ..... / ..... 13/10/2022

# ORDONNANCE

PPV:20DH00  
PER:04/25  
LOT:L1469

PPV:20DH00  
PER:04/25  
LOT:L1342

M EL KASSIMI Mohamed

79,70x2  
1/

**AS**  
Azix 500 n°2  
1 cp/j polt 6

53,10x2  
1/

**AS**  
Relaxol cp  
2 cp x 2/j

20,42x3  
1/

**AS**  
Doligippe n  
1 sachet x 2/j

T = 252,50

Dr. CHBANI Abdellah  
Médecin du Travail  
Hôpital My Youssef - Casa  
INPE : 91031500

*Dr. Chbani*

PHARMACIE PAR EL KENZ  
DR. BIDA RAJAA KONGA  
Résidence 22, 13 28882  
Tél: 05 20 13 28882  
INPE: 092104222



Azithromycine

**INTENTION :**

autre boîte de 3

**PEUTIQUES :**

ns dues aux germes sensibles telles que :  
res hautes : otite moyenne, sinusite, angine et  
s basses (y compris bronchite et pneumonie);  
natalogiques;

- Infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

**CONTRE -INDICATIONS :**

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.

**MISE EN GARDE :**

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.

- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

**PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :**

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

**EFFETS INDESIRABLES :**

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques : prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

**POSOLOGIE :**

Se conformer à la prescription médicale.  
Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

**MODE D'ADMINISTRATION :**

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

**TABLEAU A (LISTE I).**



Azithromycine

**INTATION :**

adulte, boîte de 3

**PEUTIQUES :**

ns dues aux germes sensibles telles que :  
res hautes : otite moyenne, sinusite, angine et  
s basses (y compris bronchite et pneumonie);  
natalogiques;

- Infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

**CONTRE -INDICATIONS :**

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.

**MISE EN GARDE :**

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.

- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

**PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :**

- Prévenir le médecin traitant en cas de :

Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

**EFFETS INDESIRABLES :**

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques : prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

**POSOLOGIE :**

Se conformer à la prescription médicale.  
Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

**MODE D'ADMINISTRATION :**

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

**TABLEAU A (LISTE I).**

# Relaxol® 500mg /2mg

Paracétamol/ thiocolchicoside

Com

Veu  
ce r  
• G  
d'ai  
mé  
per  
ide

remarque

LIT-22503  
PER-01-2025

RELAXOL 500MG/2MG  
CP 820

P.P.V : 53DH10



6 118000 060833

SANOFI

te avant de prendre  
importantes pour vous.

relire. • Si vous avez  
e pharmacien. • Ce  
donnez pas à d'autres  
de leur maladie sont  
vient grave ou si vous  
nne tte, parlez-en à

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

Ce médicament est un relaxant musculaire. Il est utilisé chez les adultes et les adolescents de plus de 16 ans en tant que traitement d'appoint de contractures musculaires douloureuses. Il doit être utilisé pour des affections aigues liées à la colonne vertébrale.

Ne pas prendre un autre médicament contenant du paracétamol.

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

### Ne prenez jamais Relaxol :

- Si vous avez une hypersensibilité au thiocolchicoside et/ou au paracétamol ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (mentionnés dans la rubrique 6).
- Si vous avez une maladie grave du foie. • Si vous présentez une affection caractérisée par une perte de contrôle et du mouvement des muscles (paralysie flasque). • Si vous souffrez d'une faiblesse musculaire (hypotonie musculaire).
- 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 allaitez.

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 « Posologie » et « Si vous avez pris plus de RELAXOL que vous n'auriez dû »).

**Avertissements et précautions :** Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre RELAXOL 500 mg/2 mg comprimé.

Si vous remarquez des symptômes pouvant indiquer une atteinte du foie pendant le traitement avec ce médicament (par exemple : perte d'appétit, nausée, vomissement, douleurs abdominales, fatigue, urine foncée, jaunisse, démangeaisons) vous devez arrêter de prendre/d'utiliser RELAXOL 500 mg/2 mg, comprimé et demander immédiatement un avis médical si l'un des symptômes apparaît.

En cas de diarrhée, prévenez votre médecin qui pourra éventuellement réajuster la dose.

Utilisez ce médicament avec précaution et prévenez votre médecin si vous souffrez de crises épileptiques ou présentez un risque de convulsions, car Relaxol pourrait aggraver ces troubles.

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 ou pour une durée dépassant 7 jours. Ceci est dû au fait que les produits formés dans votre organisme lorsque vous prenez du thiocolchicoside à des doses élevées peuvent provoquer des lésions sur certaines cellules (nombre anormal de chromosomes). Cela a été mis en évidence lors d'études chez l'animal et d'études

en laboratoire. Chez l'homme, ce type de lésions cellulaires est un facteur de risque de cancer, d'altération de la fertilité masculine et peut être dangereux pour un enfant à naître. Parlez-en à 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.

Vous devez demander l'avis de votre médecin avant de prendre ce médicament :  
• 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). • Si vous êtes allergique à l'aspirine et/ou aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. • 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.

**Analyses de sang :** Prévenez votre médecin si vous prenez RELAXOL et que vous devez faire un test sanguin car ce médicament peut fausser les résultats de votre taux d'acide urique (urémie) et de sucre (glycémie) dans le sang.  
**EN CAS DE DOUCE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

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

### Autres médicaments et RELAXOL 500 mg/2 mg, comprimé

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avec récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.  
Aucun trouble (interaction) n'a été observé lorsque ce médicament est associé à d'autres médicaments.

### 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 antivitamine K AVK), la prise de Paracetamol aux doses maximales (4g/jour) pendant plus de 4 jours nécessite une surveillance renforcée des examens biologiques dont notamment l'INR. Dans ce cas, consultez votre médecin.

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

Si vous recevez en même temps que du paracétamol, un traitement par fluoxétine (un antibiotique), vous risquez de présenter une acidose métabolique (sang très 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 anticonvulsifs (phénobarbital, phénytoïne, carbamazépine, topiramate).
  - De la rifampicine (un antibiotique).
- En même temps de l'alcool.

### RELAXOL 500 mg/2 mg, comprimé avec des aliments, boissons et de l'alcool

La consommation de boissons alcoolisées pendant le traitement est déconseillée.

### Grossesse, allaitement et fertilité

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

Ne prenez pas ce médicament :

- 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.

Ce médicament peut mettre en danger votre enfant à naître.

Ne prenez pas ce médicament si vous allaitez car ce médicament passe dans le lait maternel.

Ce médicament peut entraîner des problèmes de fertilité masculine par altération potentielle des cellules spermatiques (nombre anormal de chromosomes); ceci