

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

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



143500

Déclaration de Maladie : N° P19-0005852

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6986 Société : Retrite RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Date de naissance : 1959

Adresse :

Tél. : 06 66 13 1474 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SAHOUN 8d. Med. Lafaa 3551762	13/10/22	53,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

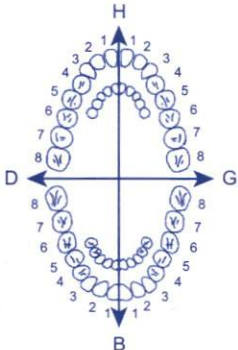
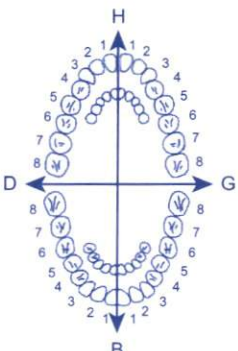
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> [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

PHARMACIE SAHNOUN

SAHNOUN FATIHA

Docteur en Pharmacie



FACTURE

№ 000160

Casablanca le: 31/10/22 Mr: SERBANTI Abdelkader

Quantité	Désignation	Prix U.	Prix T.
01	Reboul celle foch Amele a la sue de 13.10 DH.	01	13.10

رولاكسول[®] 500 ملغ/2 ملغ

باراسيتامول/ثيوكلوشيكوزيد

أقراص

<p>معلومات هامة</p> <p>LO1 - 22E006 PREF. 01 2025</p> <p>أخرى ع. لا تقم بر له. إذا</p>	<p>RELAXOL 500MG/2MG CP B20</p> <p>P.P.V. 53DH10</p> <p>6 118000 060833</p>	<p>يرجى الاطلاع من أجل. احتفظ بهذا. استفسر لدى بإعطائه لشخص شعرت بأحد</p>
--	---	---

• إذا كنت تستهلك الكحول كثيرا أو توقفت عن استهلاك الكحول مؤخرا، إذا كنت تعاني من فقدان الماء في الجسم، إذا كنت تعاني مثلا من سوء التغذية المزمن، إذا كنت في فترة الصوم، إذا فقدت الكثير من الوزن مؤخرا، إذا كان سنك يفوق 75 سنة أو يفوق 65 سنة وتعاني من أمراض طويلة الأمد، إذا كنت مصابا بفيروس نقص المناعة البشرية أو بالتهاب الكبد الفيروسي المزمن، إذا كنت تعاني من التليف الكيسي (مرض جيني وراثي يتسبب خاصة بإصابات تنفسية خطيرة)، أو إذا كنت مصابا بمرض جيلير (مرض وراثي مقترن بارتفاع بيليروبين في الدم)، إذا كانت لديك حساسية للأسبرين وأ/أو مضادات الالتهاب الستيرويدية، لا ينصح باستهلاك المشروبات الكحولية خلال فترة العلاج، في حالة الانقطاع عن إدمان الكحول المزمن، فإن خطر الإصابة بالتهابات الكبد مرتفع، في حالة التهاب الكبد الفيروسي، توقف عن العلاج واستشر الطبيب.

تحليل الدم: يجب أخذ الطبيب إذا كنت تتناول رولاكسول وتحتاج إلى فحص دم لأن هذا الدواء قد يؤثر على نتائج معدل حمض البول والسكر (سكر الدم) في الدم.

في حالة الشك لا تردد عن طلب نصيحة من الطبيب أو الصيدلي.

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

أدوية أخرى و رولاكسول 500 ملغ/2 ملغ أقراص

أخبر الطبيب أو الصيدلي إذا كنت تتناول، تناولت أو كنت سوف تتناول دواء آخر. لا يلاحظ أي اضطراب (تفاعل) عندما يتم الجمع بين هذا الدواء مع أدوية أخرى.

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

إذا كنت تتابع علاج مضاد لتخثر الدم عن طريق الفم (بوتافارين) أو، فإن تناول الباراسيتامول بجرعة قصوى (4 غ/يوميا) لأكثر من 4 أيام يتطلب مراقبة معززة بفحوصات بيولوجية بها INR.

في هذه الحالة استشر الطبيب.

يمكن أن تتسبب فعالية الباراسيتامول إذا كنت تتناول في نفس الوقت الستيرويدات المخيلة - دواء يقلص معدل الكوليسترول في الدم (أحزم فاصلا زمنيا لأكثر من ساعتين بين كل جرعتين).

إذا تناولت في نفس الوقت الباراسيتامول وتلقيت علاج بفينوكسيلايسين (مضاد حيوي) فإنك تتأثر بالمعالجات من حمض أبيض (حموضة عادية جدا في الدم بسبب تسرع معدل التنفس).

قد يتداخل تسمم الباراسيتامول إذا كنت تتناول:

• أدوية من المحتمل أن تكون سامة للكبد، • أدوية تتحارب لتجزئ الأيض السام لباراسيتامول مثل الأدوية المضادة للسرطان (فينوبيريتال، فينيتوين، كاربامازيبين، ثيوبوات)، • ريفاميسين (مضاد حيوي)، • في نفس الوقت مع الكحول.

رولاكسول 500 ملغ/2 ملغ أقراص مع المواد الغذائية، المشروبات والكحول

ينصح بعدم استهلاك للمشروبات الكحولية خلال العلاج.

الحمل والرضاعة والخصوبة

إذا كنت حاملا أو ترضعين، إذا كنت تعتقدين أنك حامل أو توين الحمل، استشري الطبيب أو الصيدلي قبل تناول هذا الدواء.

لا تتناولي هذا الدواء:

• إذا كنت حاملا من الممكن أن تصمين حاملا أو تعتقدين أنك حامل.

• إذا كنت من النساء في سن الإنجاب اللواتي لا يستعملن وسيلة لمنع الحمل، قد يعرض هذا الدواء حياة طفلك إلى الخطر.

في تناول هذا الدواء إذا كنت ترضعين، لأن هذا الدواء ينتقل إلى حليب الأم.

قد يتسبب هذا الدواء في مشاكل الخصوبة لدى الذكور بالتأثير المحتمل للغبارا المنوية (عدد غير عادي للصغيات)؛ وتم تبين ذلك خلال دراسات في المختبر (انظر الفقرة 2 "تحذيرات واحتياطات").

من المحتمل أن يغير الباراسيتامول من الخصوبة لدى النساء، يمكن الرجوع للحالة الطبيعية في حالة توقيف العلاج.

قيادة السيارات واستعمال الآلات

هذا الدواء قد يسبب التعارض، لذلك، يجب تجنب قيادة السيارة أو تشغيل آلة أثناء تناول هذا الدواء.

3. كيف يجب استعمال رولاكسول 500 ملغ/2 ملغ أقراص

خاص بالغين فوق 16 سنة

احرص دائما على تناول هذا الدواء تماما حسب تعليمات الطبيب أو الصيدلي. تحقق لدى الطبيب أو

1. ما هو رولاكسول، وما هي الحالات التي يستعمل فيها؟

هذا الدواء مرخي العضلات. يستعمل لدى البالغين والمراهقين من فوق 16 سنة في علاج مكمّل للتقلصات العضلية المؤلمة. يجب استعماله في الإصابات الحادة المرتبطة بالعمود الفقري.

لا تتناول دواء آخر يحتوي على الباراسيتامول.

2. ما هي المعلومات الهامة معرفتها قبل استعمال رولاكسول؟

لا تستعمل أبدا رولاكسول:

• إذا كانت لديك حساسية مفرطة من ثيوكلوشيكوزيد وأ/أو باراسيتامول أو من أحد مكونات الدواء المذكورة في الفقرة 6، إذا كنت تعاني من مرض كيدي حاد، إذا كنت تعاني من مرض يتسبب بفقدان التحكم في العضلات وتناقص حركتها (الشلل الرخو)، إذا كنت تعاني من ضعف عضلي (نقص التوتر العضلي)، إذا كنت حاملا، من الممكن أن تصمين حاملا أو تعتقدين أنك حامل، • إذا كنت من النساء في سن الإنجاب اللواتي لا يستعملن وسيلة لمنع الحمل، • إذا كنت ترضعين.

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 أخرى. تأكد من أنك لا تتناول أدوية أخرى تحتوي على الباراسيتامول، بما في ذلك إذا كانت أدوية بدون وصفة طبية.

لا تجمع بينها حتى لا تتجاوز الجرعة اليومية الموصى بها (انظر الفقرة "الجرعات") وإذا تناولت رولاكسول أقراص أكثر مما يجب.

تحذيرات واحتياطات: افسد الطبيب أو الصيدلي قبل تناول رولاكسول 500 ملغ/2 ملغ أقراص.

إذا لاحظت أعراضا قد تشير إلى إصابة في الكبد خلال العلاج بهذا الدواء (مثلا: فقدان الشهية، غثاين، قيء، آلام البطن، تعب، بول قاتم اللون، يرقان، حكة)، يجب التوقف عن تناول/استعمال رولاكسول 500 ملغ/2 ملغ أقراص واستشارة الطبيب على الفور إذا ظهر أحد تلك الأعراض.

في حالة الإسهال، أخبر الطبيب الذي احتمالا قد يفوق قدرة بكتيريا الجرعة.

استعمل هذا الدواء بحذر وأخبر الطبيب إذا كنت تعاني من نوبات الصرع أو من خطر الاختلاج.

حيث إن رولاكسول قد يزيد من حدة تلك الاضطرابات.

احرص على احترام التام للجرعات ومدة العلاج الموصوفة في الفقرة 3. يجب عدم استعمال هذا الدواء بجرعة أكبر أو لمدة تتجاوز 7 أيام. لأن ذلك المواد المخونة في جسمك، عند استعمال ثيوكلوشيكوزيد بجرعات مرتفعة، قد تتسبب في إصابات بعض الغبارا (عدد غير عادي من الصغيات).

وقمت البحوث على ذلك إثر دراسات لدى الحيوانات والدراسات في المختبر، لدى الإنسان، لم يتبين هذا النوع من الآثار الجانبية عامل خطر التعرض للسرطان وتغير الخصوبة الذكرية، وقد يشكل خطرا على الجنين. تحدث إلى الطبيب إذا كان لديك المزيد من الأسئلة.

سوف يفرض الطبيب عن جميع التدابير المرتبطة بمنع الحمل الفعال والمخاطر المحتملة للحمل.

يجب أن تطلب نصيحة من الطبيب قبل تناول هذا الدواء:

• إذا كنت تزن أقل من 50 كغ، • إذا كنت تعاني من مرض في الكبد أو مرض كلوي خطير،