

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

**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



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

143503

## Déclaration de Maladie : N° P19-0005854

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6986 Société : Retrite RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SERBOUTI Adelkader Date de naissance : 1989 -

Adresse :

Tél. : 0666181474 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
	15/10/22	6312

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

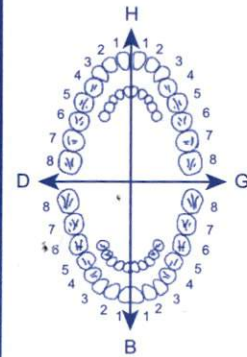
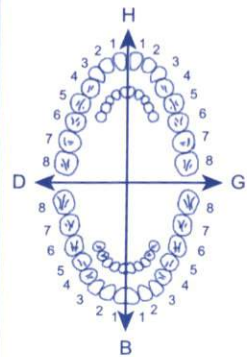
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canaux, 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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



## Docteur en Pharmacie



№ 000161

Casablanca le, : 15/10/22 Mr. : Sen Brahim Abdel Kader

Quantité	Désignation	Prix U.	Prix T.
01	Rebo sel	53.10	53.10
	celle fache A par le ala sup		
	de 53.10		

Pharmacie SAHNOU  
Dr. Fatima SAHNOU  
Bd Med-Zafaf Hey Al Makhel Im. 11  
Tel: 032 70 76 60 - 032 09 20 51 762

Hay El Walaa Tranche 5 Imm 11 N° 1et3 Bd. Mohammed Zefzaf Sidi Moumen Casablanca  
Patente : 33033336 - R.C. : 242846 - I.F. : 48333104 - CNSS : 2361989 - ICE : 001644641000032

# رولاكسول® 500 ملغ/2ملغ

باراسيتامول/ثيوكولشيكوزيد

أقراص

يرجى الاطلاع من أجله. • احتفظ بها استشر لدو برأعطائه لش شعرت بألم	 
<p>معلومات هامة</p> <p>LOT 21E012 PER-09 2024</p> <p>نلة أخرى نصي. لا تقم ضرب له. إذا</p>	<p>1. إذا هو رولاكسول، وما هي الحالات التي يستعمل فيها</p> <p>هذا الدواء مرضي العضلات. يستعمل لدى البالغين والمراهقين ما فوق 16 سنة في علاج مكمّل للتشنجات العضلية المؤلمة. يجب استعماله في الإصابات العادة المرتبطة بالعدوم الفقري.</p> <p>لا تتناول دواء آخر يحتوي على الباراسيتامول.</p> <p>2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال رولاكسول؟</p> <p>لا تستعمل أبدا رولاكسول:</p> <p>• إذا كانت لديك حساسية مفرطة من ثيوكولشيكوزيد وأو باراسيتامول أو من أحد مكونات الدواء المذكورة في الفقرة 6. • إذا كنت تعاني من مرض كبدي حاد. • إذا كنت تعاني من مرض يتم بفقدان التحكم في العضلات وتنافس حركتها (الشلل الرخو). • إذا كنت تعاني من ضعف عضلي (نقص التوتر العضلي). • إذا كنت حاملا، من الممكن أن تصبحي حاملا أو تعتقدين أنك حامل. • إذا كنت من النساء في سن الإنجاب اللواتي لا يستعملن وسيلة لمنع الحمل. • إذا كنت ترضعين.</p> <p>في حالة جرعة مفرطة أو تناول جرعة مرتفعة عن طريق الخطأ، استشر الطبيب على الفور.</p>

1. إذا هو رولاكسول، وما هي الحالات التي يستعمل فيها

هذا الدواء مرضي العضلات. يستعمل لدى البالغين والمراهقين ما فوق 16 سنة في علاج مكمّل للتشنجات العضلية المؤلمة. يجب استعماله في الإصابات العادة المرتبطة بالعدوم الفقري.

لا تتناول دواء آخر يحتوي على الباراسيتامول.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال رولاكسول؟

لا تستعمل أبدا رولاكسول:

• إذا كانت لديك حساسية مفرطة من ثيوكولشيكوزيد وأو باراسيتامول أو من أحد مكونات الدواء المذكورة في الفقرة 6. • إذا كنت تعاني من مرض كبدي حاد. • إذا كنت تعاني من مرض يتم بفقدان التحكم في العضلات وتنافس حركتها (الشلل الرخو). • إذا كنت تعاني من ضعف عضلي (نقص التوتر العضلي). • إذا كنت حاملا، من الممكن أن تصبحي 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 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 فقرة "الجرعات") و "إذا تناولت رولاكسول أقراص أكثر مما يجب".

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

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

في حالة الإسهال، أخبر الطبيب الذي احتمالا قد يقوم بتعديل 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 الأعراض.

احرص على الإحترام التام للجرعات ومدة العلاج الموصوفة في الفقرة 3. يجب عدم استعمال هذا الدواء بجرعة أكبر أو لمدة تتجاوز 7 أيام. ذلك لأن لمواد المكونة في جسمك، عند استعمال ثيوكولشيكوزيد بجرعة مرتفعة، قد تنسب في إصابات بعض الخلايا (عدد غير عادي من الصفيحات). وقت الجرعة في ذلك إثر دراسات لدى الحيوانات والدراسات في المختبر. لدى الإنسان، يعتبر هذا النوع من الإصابات عامل خطر التعرض للسرطان وتغير الخصوبة الذكرية. وقد يشكل خطرا على الجنين. تحدث إلى الطبيب إذا كان لديك المزيد من الأسئلة.

سوف يبرك 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 kg. • إذا كنت تعاني من مرض في الكبد أو مرض كلوي خطير.

• 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 وتعاين من أمراض طويلة الأمد. إذا كنت مرطبا بمرض نقص المناعة البشري أو بالتهاب الكبد الفيروسي المزمن، إذا كنت تعاني من التليف الكيسي (مرض جنيني وراثي يتم خاصة بإصابات تنفسية خطيرة)، أو إذا كنت مصابا بمرض جيلير (مرض وراثي يؤثر بارتفاع بيليروبين في الدم). • إذا كانت لديك حساسية للأسبرين وأو مضادات الالتهاب اللاستيرويدية. • لا ينصح باستهلاك المشروبات الكحولية خلال فترة العلاج. • في حالة الانتعاش من إدمان الكحول المزمن، فإن خطر الإصابة بالتهابات الكبد مرتفع. • في حالة التهاب الكبد الفيروسي، توقف عن العلاج واستشر الطبيب.

تحليل الدم: أخبر 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/2ملغ. أقراص

أخبر الطبيب أو الصيدلي إذا كنت تتناول، تناولت أو كنت سوف تتناول دواء آخر. لم يلاحظ أي تفاعل (تفاعل عندما يتم الجمع بين هذا الدواء مع أدوية أخرى "لا تتناول أدوية أخرى تحتوي على الباراسيتامول. قد تتعرض لخطر جرعة مفرطة").

إذا كنت تتبع علاج مضاد لتدخين عن طريق النيك (فاريكس أو AVK)، فإن تناول الباراسيتامول بجرعة مفرطة (4 أويوما) لأكثر من 4 أيام يتطلب مراقبة معززة بخصومات بيولوجية بما فيها INR.

في هذه الحالة استشر الطبيب.

يمكن أن تقلل فعالية الباراسيتامول إذا كنت تتناول في نفس الوقت الستيرويدات المخيلية - دواء يقلل معدل الكوليسترول في الدم (احرص فاصلا زائلا أكثر من ساعتين بين كل جرعتين).

إذا تناولت في نفس الوقت الباراسيتامول وتلقيت علاج بفلوكساسيتين (مضاد حيوي) فإنك تخاطر بالمضاعفات من حمض أبيض (حموضة عالية جدا في الدم بسبب تسرع معدل التنفس).

قد يتزايد تسمم باراسيتامول إذا كنت تتناول:

• أدوية من المحتمل أن تكون سامة للكبد. • أدوية تحفز إنتاج الأيض السام لباراسيتامول مثل الأدوية المضادة للصرع (فينوباريال، فينيتوين، كاربامازيبين، توبرامات)، • ريفامبين (مضاد حيوي). • في نفس الوقت مع الكحول.

رولاكسول 500 ملغ/2ملغ. أقراص مع لمواد الغذائية، المشروبات والكحول

ينصح بعدم استهلاك المشروبات الكحولية خلال العلاج.

الحمل والرضاعة والخصوبة

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

لا تتناول هذا الدواء:

• إذا كنت حاملا، من الممكن أن تصبحي 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.

لا تتناول هذا الدواء إذا كنت ترضعين، لأن هذا الدواء ينتقل إلى حليب الأم.

قد يتسبب هذا الدواء في مشاكل الخصوبة لدى الذكور بالتأثير المحتمل للغلايا المنوية (عدد غير عادي للصفيحات)؛ وتم تبيان 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 توقف العلاج.

قيادة السيارات واستعمال الآلات

هذا الدواء قد يسبب النعاس. لذلك، يجب تجنب قيادة السيارة أو تشغيل آلة إذا تناول هذا الدواء.

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

خاص بالبالغين ما فوق 16 سنة

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