

# 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.

## Biologie 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.

## Prothèse 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 057990

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7980 Société : 43638

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mokki Abdelhakim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 : 13/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
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								
				Montant des soins								
				Début d'exécution								
				Fin d'exécution								
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis									
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de									

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W18-382301	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

<b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W18-382301	DATE DE DEPOT ...../...../201...
<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle	
Nom & Prénom		MALKI ABDELHAKIM	
Fonction		Phones	
Mail		7230	
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient		
Adhérent	Conjoint	Enfant	Age
			1977
Nature de la maladie		Date	
Lombalgie - Anémie		30.09.2020	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Ga	-	15000	
<b>PHARMACIE</b>		Date	
Montant de la facture		30.09.20	
563,60 DH		161, Bloc Hay Hassan	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
30.09.20		582,00 DH	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

**DR. MALIKI IMANE**  
Médecin Généraliste  
Tél: 0522 32 41 26

**PHARMACIE BACIR**  
صيدية بدر  
161, Bloc Hay Hassan  
Berrechid - Tel 022.32.86.72

**LABORATOIRE CENTRAL FATAZI**  
BERRECHID  
Abdelhamid H. AZINE  
Pharmacien Biologiste

**CACHET**

Docteur RACHIDI Imane

Médecin Générale

Echographie Générale

Diplôme de la Faculté de Médecine  
de Montpellier - France



الدكتورة رشدي إيمان

الطب العام

الفحص بالصدى

دبلوم من كلية الطب

مونبلي - فرنسا

Berrechid, le :

برشيد، في :

30-08-2020

24,40x6

1. levotopose 100



Haddou  
Houam

40,60x6

2 - Vadyk 80



maï - 13 mai

3 -  
94,00

My 100



41,70

12  
Pinoce



22,50

5 -  
omi (te 7)



16,40

Acte 80



Dr RACHIDI Imane  
Médecin Générale Echographie  
BERRECHID  
Tél.: 0522 32 47 26



6 118001 102020

**Levothyrox® 100 µg.**

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



7862160342

EXP:

Lot:

Fab:



03/2023

600KMP

04/2020



6 118001 102020

**Levothyrox® 100 µg.**

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



7862160342

EXP:

Lot:

Fab:



03/2023

600KMP

04/2020



6 118001 102020

**Levothyrox® 100 µg.**

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



7862160342

EXP:

Lot:

Fab:



03/2023

600KMP

04/2020



6 118001 102020

**Levothyrox® 100 µg.**

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



7862160342

EXP:

Lot:

Fab:



03/2023

600KMP

04/2020



6 118001 102020

**Levothyrox® 100 µg.**

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



7862160342

EXP:

Lot:

Fab:



03/2023

600KMP

04/2020



319334



**Tardyferon® 80 mg**  
**30 comprimés pelliculés**

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



PPV : 40.50 DH

319334



**Tardyferon® 80 mg**  
**30 comprimés pelliculés**

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



PPV : 40.50 DH

319334



**Tardyferon® 80 mg**  
**30 comprimés pelliculés**

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



PPV : 40.50 DH

319334



**Tardyferon® 80 mg**  
**30 comprimés pelliculés**

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



PPV : 40.50 DH

319334



**Tardyferon® 80 mg**  
**30 comprimés pelliculés**

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



PPV : 40.50 DH



319334



**Tardyferon® 80 mg**  
**30 comprimés pelliculés**

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



PPV : 40.50 DH

# MYDOFLEX 150 mg

Comprimés pelliculés  
Tolpérisone HCl

## Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre traitement et votre maladie.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

### 1. DENOMINATION DU MEDICAMENT :

MYDOFLEX 150mg, boîte de 30 comprimés pelliculés

### 2. Composition du médicament :

#### Composition :

TOPLERISONE (DCI).....150mg

**Excipients :** Acide citrique anhydre, povidone, cellulose microcristalline PH102, eau purifiée, cellulose microcristalline PH112, dioxyde de silice colloïdale, Croscopovidone, stéarate de magnésium, alcool polyvinyle partiellement hydrolysé, dioxyde de titane, polyéthylène de glycol, Talc

### 3. Classe pharmaco thérapeutique ou le type d'activité:

MYDOFLEX est un myorelaxant

### 4. Indications thérapeutiques

MYDOFLEX contient le principe actif chlorhydrate de tolpérisone qui est un décontractant musculaire. Il est utilisé, sur prescription médicale, dans le traitement des spasmes musculaires, lors d'affections douloureuses d'origine musculo-squelettique, notamment de la colonne vertébrale et des grosses articulations. Il peut aussi être prescrit dans l'hypertonie de la musculature squelettique associée à une affection neurologique.

### 5. Posologie et mode d'administration :

Chez l'adulte la dose initiale est en général d'un comprimé pelliculé de MYDOFLEX (soit une dose de 150 mg) matin, midi et soir (soit une dose journalière de 450 mg). Dans certains cas le médecin peut prescrire une dose plus importante (quatre fois un comprimé pelliculé à 150 mg par jour). Chez les personnes âgées, ou en cas de certaines maladies associées (insuffisance hépatique ou rénale), la dose prescrite est souvent plus faible. La dose journalière est maintenue jusqu'à l'obtention du résultat thérapeutique. La prescription médicale peut prévoir pour la suite un intervalle plus long entre les prises. En cas de simple retard d'une prise prenez la dose prévue. En cas d'oubli complet d'une prise ne pas doubler la dose suivante.

### 6. Contre-indications

**N'utilisez jamais MYDOFLEX 150 mg comprimés pelliculés dans les cas suivants :**

Myasthénie grave (maladie rare entraînant une faiblesse musculaire).

Allergie antérieure au MYDOFLEX

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### 7. Effets indésirables

Les récentes études cliniques ont montré que moins de 5% des patients traités avaient annoncé des effets indésirables. Les effets indésirables rapportés sont les suivants:

**Système nerveux central:**

Occasionnel: vertige, tremblement, paraesthesia

Peu fréquent: mal de tête

**Système cardiovasculaire:**

Occasionnel: palpitations, hypotension

**Étendue gastro-intestinale:**

Occasionnel: bouche sèche, dyspepsie, nausée,

vomissements, diarrhée, douleur

abdominale, flatulence

Peu fréquent: constipation, brûlures d'estomac

**Peau:**

Occasionnel: transpiration, urticaire, éruption

**Troubles généraux:**

Peu fréquent: asthénie, somnolence, douleur

Si vous remarquez d'autres effets secondaires, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

### 8. Mises en garde spéciales :

Faites attention avec MYDOFLEX 150 mg

En prescri

patient de

Effets ind

vous res

(fourmillem

plaques o

gène respi

une allergi

il faut arr

médicam.

EN CAS D

L'AVIS D

PHARMA

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00



6 118001 260850



Ce médicament est généralement consommé en association avec des analgésiques à doses curatives et/ou chez le sujet âgé (voie parentérale), lithium, méthotrexate (utilisé à des doses pemetrexed (cf Interactions).

PIROCAM SOTHEMA 20 mg  
10 consommables disponibles

AMM N° 581/16 DMP/21/NRQ



6 118000 021841

**DISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

**ETRE PRIS QUE SOUS SURVEILLANCE MEDICALE.**

de la solution injectable est de 12,6° (v/v) soit 100 mg d'alcool par ampoule.

ecin pourra vous prescrire un traitement gastro-protecteur tel que le misoprolol ou un inhibiteur de

**ET, EN CAS :**

**NEVEZ VOTRE MEDECIN.**

muqueuse de type prurit, rash, aphte, **INTERROMPRE IMMEDIATEMENT LE TRAITEMENT ET**

ale (rejet de sang par la bouche ou dans les selles, coloration des selles en noir), **ARRÊTEZ LE**

**EZ IMMEDIATEMENT UN MEDECIN OU UN SERVICE MEDICAL D'URGENCE.**

rgie à ce médicament, notamment une crise d'asthme ou un brusque gonflement du visage et du

cou (Cf. Effets indésirables éventuels), **ARRÊTEZ LE TRAITEMENT ET CONTACTEZ IMMEDIATEMENT UN MEDECIN OU**

**UN SERVICE MEDICAL D'URGENCE.**

- En cas d'effet thérapeutique insuffisant, il ne faut pas dépasser la dose maximale recommandée, ni associer le traitement à un

autre AINS, en raison du risque d'augmentation de la toxicité sans avantage thérapeutique prouvé.

- L'utilisation concomitante de PIROCAM® SOTHEMA avec d'autres AINS, y compris les inhibiteurs sélectifs de la

cyclooxygénase 2 (cox-2), doit être évitée.

En l'absence d'amélioration après plusieurs jours, le bénéfice du traitement doit être réévalué.

**PRECAUTIONS D'EMPLOI**

En raison de la nécessité d'adapter le traitement, il est important de prévenir votre médecin qui rédige l'ordonnance en cas :

- d'antécédents digestifs (hémorragie digestive, hernie hiatale, ulcère de l'estomac ou du duodénum anciens),

- de prise d'un traitement anticoagulant. Ce médicament peut entraîner des manifestations gastro-intestinales graves,

- de maladie du coeur, du foie et des reins.

- d'asthme : la survenue de crise d'asthme chez certains patients peut être liée à une allergie à l'aspirine ou à un anti-

inflammatoire non stéroïdien ; dans ce cas, ce médicament est contre-indiqué.

Si vous êtes une femme, le piroxicam peut altérer votre fertilité. Vous ne devez donc pas prendre ce médicament si vous

souhaitez concevoir un enfant, si vous présentez des difficultés pour procréer ou si des examens sur votre fonction de

reproduction sont en cours.

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

**INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS**

**AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER**

**SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.**

# Omis<sup>®</sup>

Oméprazole

## Microgranules gastrorésistants en gélule

### PRESENTATIONS :

- OMIZ<sup>®</sup> 20 mg** : Boîte de 7 gélules  
Boîte de 14 gélules  
Boîte de 28 gélules  
**OMIZ<sup>®</sup> 10 mg** : Boîte de 7 gélules  
Boîte de 14 gélules  
Boîte de 28 gélules

### COMPOSITION :

- OMIZ<sup>®</sup> 20mg**  
Oméprazole.....20 mg  
Excipients q.s.p.....1 gélule  
Excipient à effet notoire : saccharose

### COMPOSITION :

- OMIZ<sup>®</sup> 10mg**  
Oméprazole.....10 mg  
Excipients q.s.p.....1 gélule  
Excipient à effet notoire : saccharose

### CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Inhibiteur de la pompe à protons (appareil digestif et métabolisme). Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

### INDICATIONS :

#### - Chez l'adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale,
- Ulcère duodénal évolutif,
- Ulcère gastrique évolutif,
- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien,
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour,
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible,
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien,
- Syndrome de Zollinger-Ellison,
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable,
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risques (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

- **Chez l'enfant à partir d'un an** : Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

### CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des constituants de ce médicament.
  - En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### MISES EN GARDE / PRECAUTIONS D'EMPLOI :

#### Mises en garde :

En raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares).

#### Précautions d'emploi :

Utiliser ce médicament avec précaution en cas d'affections chroniques du foie.  
EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS :

Avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux). Si vous prenez ou avez pris récemment un autre obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

20/150

**Omiz 20mg**  
7 gélules





**Capsule molle - Boîte de 20**  
**Citrate d'alvérine et Siméticone**

- Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

## 6. Informations supplémentaires.

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

Si vous ressentez des effets indésirables graves  
suivants, veuillez immédiatement consulter votre médecin.  
• Signes d'une réaction allergique, notamment :  
- gonflement de la bouche, de la gorge, de la face, provoquant une difficulté à respirer ;  
- éruptions cutanées ;  
- maux de gorge sévères avec accès de toux ;  
- cœur et une transpiration excessive ;  
- réaction allergique sévère ;  
- c'est-à-dire pouvant entraîner des complications graves.  
Sur 10 000 personnes, 1 peut mourir.

**METEOSPASMYL® B 20 caps molles**  
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40, 40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

FAB / الإنتاج : 02-2020  
EXP / الإستهلاك : 02-2023

**METEOSPASMYL®** B 20 caps molles  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

02-2020 : ت. الإطاح / FAB

EXP/... 02-2023