

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

Educations :

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.

Traitement :

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

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- 0043447

ND = 46195
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6860 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FADI BOUCHAËB

Date de naissance : 22/02/65

Adresse : Résidence EL WAHDA, J. F. n° 12, apt B2

BOULEVARD MOHAMED V, BERRECHID

Tél. : 0666 823 935 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ESSOUBI Abderrahim

Cachet du médecin : 128, Bd Mohamed V Berrechid

Tél: 05 22 33 75 70

06 50 43 56 34

Date de consultation : 5 NOV 2020

Nom et prénom du malade : FADI BOUCHAËB

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
5 Nov. 2020	C	1	150,00	Dr. ESSOUBI Abdelhakim Omnipraticien 128, Bd Mohamed V, Berrechid Tél: 05 22 33 75 70 06 50 43 56 34

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

MILI Bouchaib
Pharmacie Ouled Hriz
d. Mohamed V, Berrechid
Tél: 0522 33 73 51
INPE: 062047295

5/11/20

314,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

MILI Bouchaib
Pharmacie Ouled Hriz
d. Mohamed V, Berrechid
Tél: 0522 33 73 51
INPE: 062047295

5

AUXILIAIRES MEDICAUX

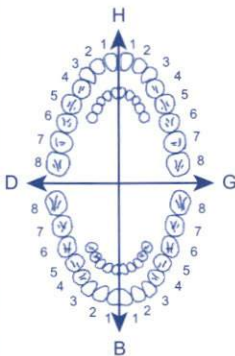
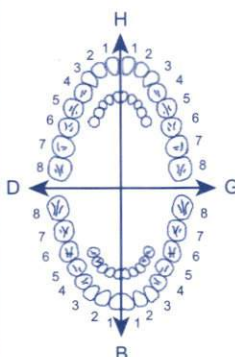
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 00000000 35533411 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abderrahim ESSOUBI

OMNIPRATICIEN

ECHOGRAPHIE GENERALE

INPE : 061062402

الدكتور عبد الرزيم السوبي

الطب العام
الفحص بالصدى

Berrechid, le 5 NOV. 2020

Nom :

Pds :

TA :

Fadi Bouchaib



69,60

KLACEN Ume

2x1 Jan



94,00

Mydeflex

1 - 1 - 1

87,40

De li 20x - 120



0 - 1 - 0

63,30

Boulay



0 - 2 - 2

314,30

KAMILI Bouchaib
Pharmacie Ouled Hriz
124, Bd. Mohamed V, Berrechid
Tél: 0522 33 73 51
INPE: 062047295

Dr. ESSOUBI Abderrahim
128, Bd. Omnipraticien
Tél: 05 22 33 75 70
06 50 43 56 34

INPE 061 062 402

128، شارع محمد الخامس - برشيد - هاتف وفاكس : 05 22 33 75 70
128, Boulevard Mohamed V - BERRECHID - Tél./Fax : 05 22 33 75 70
GSM : 06 50 43 56 24



Gélule
Voie orale

Ballonyl®

Charbon activé

Deva
Pharmaceutique

COMPOSITION QUALITATIVE

Charbon activé 10

Excipients : 9

FORME ET PRESENTATIONS

Gélules

Boite de 20, 30 et 60

PROPRIETES

Ballonyl contient du charbon végétal activé. Grâce à son fort pouvoir adsorbant au niveau intestinal, il permet la capture des gaz, des toxines et des bactéries responsables de la fermentation.

Il possède un effet bénéfique sur le processus de digestion, en luttant contre les phénomènes de ballonnements et de flatulences.

VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale

Prendre 2 gélules avec un grand verre d'eau, 3 fois par jour à distance des repas, en complément d'une alimentation variée et équilibrée. Renouveler les prises en fonction des sensibilités individuelles.

La posologie usuelle est de 4 gélules par jour. Sur les conseils de votre médecin ou de votre pharmacien, la posologie peut être portée à 6 gélules par jour.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser un produit.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin d'éviter d'éventuelles interactions nocives entre plusieurs substances, signaler à votre médecin ou à votre pharmacien tout traitement en cours.

Ne pas dépasser la dose recommandée.

Garder hors de portée des enfants.

A conserver dans un endroit sec et frais.

Autorisation ministère de santé n° : DA20181805313DMP/20UCAV1

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.
Complément alimentaire n'est pas médicament.
Ne pas laisser à la portée des enfants.
A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

LOT: 200268
DLUO: 07/2023
63, 30DH

Fabriqué par :

Deva
Pharmaceutique
145-147, Zone Industrielle

Deva
Pharmaceutique
145-147, Zone Industrielle de Moulins, Creuse

IMPRIMERIE 07/18



MYDOFLEX 150 mg

Comprimés pelliculés
Tolpérisone HCl



6 118001 260850



Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

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, Crospovidone,

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. Cont

N'utilis

pellicul

Myasth

muscula

Allergie a

EN CAS D

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 prescrivant MYDOFLEX le médecin doit informer le

patient des risques d'allergies liés à ce produit (voir

Effets indésirables). Si après la prise du médicament

vous ressentez des manifestations anormales

(fourmillements dans les mains, les pieds, apparition de

plaques rouges, enflure de la face ou des muqueuses

gène respiratoire, malaise, signes pouvant faire penser à

une allergie médicamenteuse),

il faut arrêter le traitement et avertir immédiatement le

médecin.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER

L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE

PHARMACIEN.

RIACEN® 1% crème

Piroxicam

Composition :

Piroxicam

Excipients (dont propylèneglycol) q.s.p.

Propriétés :

Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) de la famille des oxicams.

Indications :

Traitement symptomatique des états douloureux ou inflammatoires d'origine traumatique tels que arthrose, tendinite, entorse, foulures, ténosynovites.

Contre-indications :

RIACEN crème est contre indiqué en cas d'hypersensibilité au piroxicam, à l'Aspirine et aux autres anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Effets indésirables :

Manifestations allergiques cutanées, photosensibilisation.

En cas de doute, signalez-le à votre médecin traitant.

Enfants de moins de 15 ans : exceptionnelles infections graves de la peau.

Précaution d'emploi :

En cas d'irritation locale, arrêter immédiatement le traitement et installer un pansement.

Eviter l'application de la crème sur les yeux, les muqueuses et sur les lésions de la peau.

Consultez votre médecin avant de prendre ce traitement en cas de grossesse.

Signalez tout autre traitement en cours à votre médecin traitant ou à votre pharmacien.

Enfants de moins de 15 ans : lors de la varicelle, il est prudent d'éviter l'utilisation de ce médicament.

Mode d'emploi et posologie :

Appliquer RIACEN® crème sur la région à traiter, 2 à 4 fois par jour en massant légèrement jusqu'à pénétration complète.

Formes et autres présentations :

RIACEN® 1% crème - Tube de 15 g et tube de 50 g

RIACEN® 20 mg - Boîte de 10 suppositoires

RIACEN® 20 mg - Boîte de 20 gélules

RIACEN® 10 mg - Boîte de 20 gélules

Liste I (Tableau A)

A conserver à l'abri de la chaleur.

Riacen® 1%

Piroxicam

crème

Tube de 50 g

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240747

PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem - Maroc

Adp 04/18
ZC0457107