

# 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2038 Société :

Actif  Pensionné[e]  Autre :

Nom & Prénom : ELZIA HAF BOU CHAI'B

Date de naissance : 1950

Adresse : habituelle

Tél. : 05 22 870648 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 : .....

Signature de l'adhérent[e] : .....



Le : .....  
ACCUEIL

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF** = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
- SFI** = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM** = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI** = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP** = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY** = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z** = Electro-Radiologie
- B** = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HÔPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes lobeaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps .

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit revenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DÉPÔT

AÉROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N° 829263

### A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : EZZAHAFF Bouchair

Matricule : 2038 Fonction : retraite Poste :

Adresse : habitation

Tél. : 05 22 87 06 48 Signature Adhérent : 31311

### A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EZZAHAFF Bouchair

Age : 1950

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A - Casablanca, le 17/03/88

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin



### VOLET ADHÉRENT

DECLARATION N° 829263

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé :

Nombre de pièces jointes :

## 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
17/03/21	C2		2500H	DR OUIZIF MOHAMMED Tel: 03 22 27357/0612

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/03/21	350,2
		092058908

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	092058908		

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

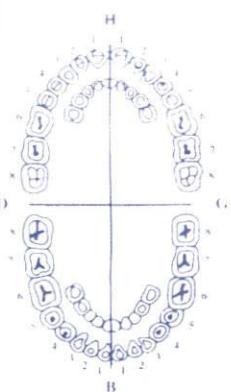
## VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

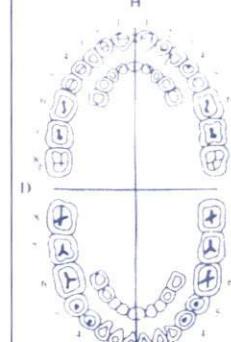
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFICIENT DES TRAVAUX
				

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		



(Création, remont, adjenction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

## COEFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANT DES SOINS

## DATE DU DEVIS

## DATE DE L'EXECUTION

**Dr. OUZIF Mohamed Amine**  
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue

- Chirurgie des maladies osseuses et Rhumatologiques
- Ostéoporose, PRP
- Chirurgie Prothétique - Arthroscopie
- Spécialiste en chirurgie de la main et du pied
- Diplômé de la Faculté de médecine de Paris-sorbonne
- Ancien Résident de S.O.S main Paris
- Ancien Médecin du CHU Ibn Rochd
- Ancien Interné de l'hôpital Robert Ballanger (Aulnay sous bois)
- Ancien Résident de l'hôpital Paul d'Égine (Champrigny sur Marne)
- Membre de la société française de Traumato-Orthopédie

1000 Dhs / 000 DT



الدكتور اوزيف محمد امين  
الخصالي في جراحة المفاصل و العظام

- امراض المفاصل و العظام
- هشاشة العظام - العلاج بالبلازما
- الجراحة التقويمية - الجراحة بالمنظار
- متخصص في جراحة اليد والقدم من كلية الطب
- المسؤولون - باريس
- طبيب سابق في مستشفيات اليد بباريس
- طبيب سابق بمستشفى ابن رشد
- طبيب سابق بمستشفى دوبيه بالونجي
- عضو بجامعة الفرنسية لجراحة المفاصل و العظام

## Ordonnance

Le : 17/03/2021

EZZRAHAFA BOUCHAIB

8900

1) JUVATONUS

S.V

110.11 cp/5

S.V

2) Oss Colait D<sub>3</sub>

S.V

5A.1=1 sachet/5

3) Bresin ngachet

S.V

9400/1 sachet/5

4) MYDOPLEX

1 cp x 3/5



350, hs

N°2, Immeuble 34, Bd Al Qods – Résidence Addamane – Ain Chock, Casablanca.

رقم 2، عمارة 34، شارع القدس إقامة ،الضمان عين ،الشق الدار البيضاء

Tel : 05.22.87.33.57 GSM : 06.61.67.14.41 E-mail : dr.ouzif@gmail.com

# juvatonus

## GELULE

### COMPOSITION :

Extrait de racine d'Eleuthérocoque (Ginser)  
charge : sorbitol ; gélule végétale : Hydroxy  
mérant : sels de magnésium d'acide gras.

### PROPRIETES :

- Pouvoir anti-fatigue : physique, psychique (post accouchement, convalescence)
- Accroît les résistances musculaires.
- Augmente les performances physiques chez et en période de récupération.
- Augmente le tonus physique.
- Excellent stimulant du tonus général.
- Stimule les défenses de l'organisme.
- Favorise l'activité intellectuelle et les réponses au stress.

### CONSEIL D'UTILISATION :

2 gélules par jour

### PRESENTATION :

Boîte de 30 gélules

Boîte de 45 gélules



Laboratoire JUVA SANTE  
8-Rue Christophe Colomb, 75008 – Paris  
France

LABORATOIRES  
JUVA SANTE

# MYDOFLEX 150 mg

Comprimés pelliculés  
Tolperisoné 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, Crospovidone, stéarate de magnésium, alcool polyvinyleux 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 tolperisone qui est un décontracturant 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.



## 7. Effets secondaires

Les réactions

des patients

Les effets

Systémiques

Occasionnels

Peu fréquents

Systémiques

Occasionnels

Étendue générale

Occasionnel

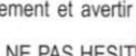
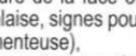
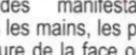
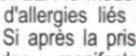
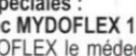
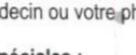
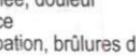
Peu fréquent

Systémiques

Occasionnel



6 118001 260850



## 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, gêne respiratoire, malaise, signes pouvant faire penser à une allergie médicamenteuse), il faut arrêter le traitement et avertir immédiatement votre médecin.

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

# BREXIN®

Piroxicam Bêta-cyclodextrine

**Composition :**

Piroxicam  
(équivalent à 191,20 mg de piroxicam  
β-cyclodextrine)  
Excipients q.s.p.  
Excipients à effet notoire

Comprimés sécables	Su
20 mg	
1 comprimé Lactose	1 s

**Propriétés :**

Anti-inflammatoire non stéroïdien du groupe des oxicams.

**Indications :**

- Traitement des états douloureux aigus.
- Traitement des rhumatismes inflammatoires aigus et chroniques.

**Contre-indications :**

- Antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de piroxicam, de substances telles que autres AINS ou l'Aspirine.
- Hypersensibilité à l'un des constituants.
- Ulcère gastroduodénal en évolution, insuffisance hépatocellulaire sévère ou insuffisance.
- Enfants de moins de 15 ans.
- Phénylcétourie du fait de la présence de l'Aspartam dans les sachets.
- Association avec les anticoagulants oraux, autres AINS, héparine, lithium, méthotrexate.
- En cas de grossesse et d'allaitement.

**Effets indésirables :**

Effets gastro-intestinaux : anorexie, pesanteurs épigastriques, nausées, vomissements, constipation, douleurs abdominales, flatulences, diarrhées, ulcères.

Réactions d'hypersensibilité : dermatologiques, respiratoires et générales.

Effets sur le système nerveux central : céphalées, somnolences et vertiges.

**Précautions d'emploi :**

En cas d'hémorragie gastro-intestinale ou d'une manifestation cutanée ou muqueuse, interrompre immédiatement le traitement et consulter votre médecin.

Ce médicament sera administré avec prudence et sous surveillance particulière chez les malades ayant des antécédents digestifs.

L'attention doit être attirée chez les conducteurs et utilisateurs de machines sur la possibilité de vertiges et de somnolence.

**Mode d'emploi et posologie :**

Se conformer à la prescription médicale.

La posologie usuelle est de 20 mg par jour en une seule prise jusqu'à disparition des symptômes.

**Formes et autres présentations :**

BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 et 20 comprimés effervescents

BREXIN® 20 mg - Boîte de 20 comprimés sécables

BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 suppositoires

BREXIN® 20 mg - Boîte de 10 sachets

**Liste I (Tableau A)**

L U 1 2 0 0 1 5  
F E R M A I 2 3  
I P Y 5 7 0 H 1 0

**STOP**

**Brexin® 20 mg**  
Piroxicam-β-cyclodextrine  
10 sachets  
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240174