

**INFORMATIONS 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.

**Education :**

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.

**Prothésaire :**

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.

S : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 2865

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TOUIJAR ABDELHAK

Date de naissance : 15.06.1952

Adresse : 320, LOT ELMOUTAWAKIL DAR BOUAZZA NOUACEUR

CASABLANCA

Tél. : 0638274504

Total des frais engagés :

Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Pr. Abdenbi EL KAMAR  
Neurochirurgien  
Angle Bd. Zektaoui - Bd. Med

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : TOUIJAR ABDELHAK Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Lueurs

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) :

### 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
09/03/22	6		300,00	Pr. Abdellatif El Hachemi Neurochirurgien Angle Bel Arikto 3rd Med

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR BOUAZZA ZAHZOUH Amina Dar Bouazza Cu. d Jerrar BP 93 Tél : 0522 29 01 74 - Dar bouazza	94,00
09/03/22	

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVE 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	D 00000000 00000000 00000000	G 21433552 00000000 11433553	
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L

Docteur Abdenbi EL KAMAR  
Professeur en Neurochirurgie  
Chirurgie du Cerveau  
et de la Colonne Vertébrale

الدكتور عبد النبي القمر  
أستاذ في جراحة  
الدماغ والأعصاب  
والعمود الفقري

Casablanca, le : 09.3.22

Mr Touijar Abellah

Mr.

Mydoflex 

160 x 37, x 69'

PHARMACIE DAR BOUAZZA  
ZAHZOURI Amina  
Dar Bouazza Cuid Jerrar BP 93  
Tél. : 0522 29 07 74 - Dar Bouazza

Dr. Abdenbi EL KAMAR  
Neurochirurgien  
Angle Bd. Zerkouni - Casablanca - Tel : 05 22 26 38 38  
Gsm : 06 00 04 43 43

# MYDOFLEX 150 mg

Comprimés pelliculés  
Tolperisone HCl

Lisez att  
de prend

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 08

Elle con  
trailemen  
Si vous a  
demandé;  
pharmaci  
Gardez ce

LOT: 3848

EXP: 11 2023



## 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.

ant  
tre  
ite,  
tre  
re.

## 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: asthenie, 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, apparaissances ooges, enflure de la face ou des paupières, gêne respiratoire, malaise, signes pouvant indiquer une allergie médicamenteuse), il faut arrêter le traitement et avertir immédiatement votre médecin.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITEZ

L'AVIS DE VOTRE MEDECIN

PHARMACIEN.