

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

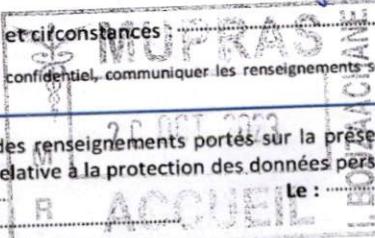
- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

Nº W21-784204

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10268			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Société : MOHAMED	
Nom & Prénom : HATI A			
Date de naissance : 1940			
Adresse : BLOC D5 NR 116 C D CASA			
Tél. : 0619651683 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
 Cachet du médecin :			
Date de consultation : 09/10/23			
Nom et prénom du malade : SOUKRATI Halima Age : 75			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Maladie du sein + Lupus +			
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) :			

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
18/10/23	C		601,00	INP : 0101111110 Dr. Joudj
08/10/23	G		gratuit	de la

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Joudj	18/10/23	1043,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE SBATA			
Lundi 09 Octobre 2023			
lettre clé+cotation: B 80			
Montant Facturé: 50.01Dhs			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
[Diagramme d'ODF]	H	G	B	Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	G
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
D	B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
Délégation préfectorale des
Arrondissements de Ben M'Sik
Centre Hospitalier Préfectoral Ben M'Sik



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
+ ٠٥٢٣٨٦٤٧٩٠
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

المملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
مندوبيّة عمالة مقاطعات ابن مسيك
المركز الإستشفائي الإقليمي ابن مسيك

Casablanca, le : 12/10/23

ORDONNANCE

Nom :

Prénom :

SOUKRATI Hamed

Maphar
Bd Alkemia N° 6, QL.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Daktarin gel buccal t40g
P.P.V : 53,00 DH

53,00
6 118001 180745

- ① DAKTARIN gel buccal
~~SV~~ 1 app 3a^h pd 1 mois
- ② plaquenil 20c
226,00 1 gel 2a^h pd 3 mois
- ③ ESSAE 400
1 gel 1^{er} 3a^h pd 3 mois
- ④ Rydoflex 15c
94,00x2 1c^{er} SV pd 1 mois

Cachet et Signature

⑤ Nernox 75 mg
273,00 

Acpli pd. 3mcs

⑥ Biflex gel

87,00x2 

⑦ Juscalanes

129,00 

1043,00



RDV 1 mcs

09/11/23



MYDOFLEX 150 mg

Comprimés pelliculés

Tolperisone HCl

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

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

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

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 collodiale, 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 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.

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 et précautions particulières d'emploi

Faites attention

En prescrivant

patient de

Effets indé

vous res

(fourmillem

plaques ou

gêne respira

une allergie

il faut arrêter

médecin.

EN CAS DE

L'AVIS DE

PHARMACIEN.

GTIN: 06118001260850

LOT: 4052

MFG: 10 2022

EXP.: 10 2025

PPV: 94dhs00





MYDOFLEX 150 mg

Comprimés pelliculés

Tolperisone HCl

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

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

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

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 collodiale, 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 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.

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

Étende 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 et précautions particulières d'emploi

Faites attention

En prescrivant

patient de

Effets indé

vous res

(fourmillem

plaques ou

gêne respira

une allergie

il faut arrêter

médecin.

EN CAS DE

L'AVIS DE

PHARMACIEN.

GTIN: 06118001260850

LOT: 4052

MFG: 10 2022

EXP.: 10 2025

PPV: 94dhs00



جرام 100

ج.م

ج.م

يُنْظَمُ أَلَامُ الْمُفَاصِلِ
بِيُجُلُّ التَّقْدِيمَاتِ الْمُعْذَلَةِ

جيجل

الاستعمال الخارجي



6 111263 060060

LOT N°: 0913
EXP: 03/2026
PPC: 87 DH

جرام 100

ج.م

ج.م

يُنْظَمْ أَلَامِ الْمُفَاصِلِ
بِيَدِيِّ الْتَّقْدِيمَاتِ الْمُهَاجِرَةِ

ج.م

الاستعمال الخارجي



6 111263 060060

LOT N°: 0913
EXP: 03/2026
PPC: 87 DH

AMM N°: 160/16 DMP/21/NNP

N° Lot : 2PK137

Fab. : 07/2022

Per. : 07/2024

PPV : 273,00 Dhs

43671/R42

30 cor aro san

Such

Eff

N° du certificat d'enregistrement au ministère de la santé : DA2021001234DM/P/20UCA/MAW

(n°) 00000000000000000000

Poids net : 77 g



EMB 75112W
Ref: 967038
ETUML1104

FG114 0226

LOT PER

EXP:

N° lot / Batch n° :

Prix

129.00

Importé au Maroc par : PROMOSER - Résidence CASA 1 282 Bd de la Révolution, CASABLANCA - MAROC
Fabricqué par : Laboratoires JUVA PRO - Bd - 57600 Forbach - FRANCE
Laboratoires JUVA SANTÉ - 8, rue Ch
concentration des actifs.
d'eau de 200 ml environ. La formule offre une mousse blanche à la surface du verre est due à la
CONSEILS D'UTILISATION : Dissoudre 1 comprimé effervescent 1 à 2 fois par jour dans un grand verre

Complément alimentaire. Nest pas un médicament.

JUVATONUS EFFERVESCENT GINSENG +TAURINE

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
Hôpital Préectoral Ben M'sick

Reçu de M

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME	Cachet du Service
C.I.M.T		60,00	
Total		60,00	Le ... Sign ... Rég.

Quittance

N° 292008