

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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

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



**MUPRAS**

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

86342

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0016464

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000334 Société : EAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELJ. R. Mohamed Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0660334978 Total des frais engagés : 53150 Dhs

Docteur AMIR NAIMA

Médecin Urgentiste

Centre Hospitalier Préfectoral

AL HASSANI

Délégation Ministère Santé

De Hay Hassani

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/08/2021

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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.

**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



# 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
10-08-21		1	9	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

	10.08.21	531,50
--	----------	--------

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

--	--	--	--

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

		Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

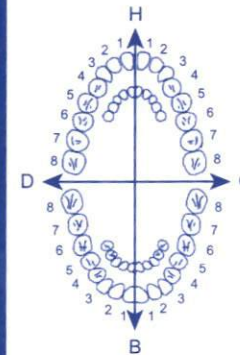
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

# 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

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

(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

## ORDONNANCE

Le. 10. 58 k

P. Fox & Co. 1871 M' hawerh

- A 24x 100

Ans - reply (2 marks)

- TAVERC  $\sqrt{0.5}$

4530 . 141; N

-  $u_k \in [0, 100]$

gg. ~ 4x2, wa

- Zwangskauf M. Nr. 1

5. 8 October 2018

531.50

**Vita C1000®**

PPV 15DH30  
EXP 06/2024  
LOT 16080 7



OT 201587  
EXP 05/2023  
PPV 52.80DH

Dr. AMIR NAIMA  
 Médecin Généraliste  
 Centre Hospitalier Préfectoral  
 AL HASSANI  
 Délégation Ministère Santé  
 De Hay Hassani



**Tavanic®**  
**Tavanic®**  
ciprofloxacin

21 Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
5 Tavanic 500mg, cp pel b7  
P.P.V : 205,00 DH



belliculé  
belliculé



**Vous devez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.  
Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.  
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de votre maladie sont identiques aux vôtres.  
Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

#### Quel est le contenu de cette notice :

- Qu'est-ce que Tavanic et dans quels cas est-il utilisé ?
- Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Tavanic
- Comment prendre Tavanic
- Quels sont les effets indésirables éventuels
- Comment conserver Tavanic
- Contenu de l'emballage et autres informations

#### QU'EST-CE QUE TAVANIC ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ

Ce médicament s'appelle Tavanic. Il contient une substance active appelée ciprofloxacin. Celle-ci fait partie des médicaments connus sous le nom d'antibiotiques et appartient plus précisément à la famille des quinolones. Il agit en détruisant les bactéries responsables de certaines infections dans l'organisme.

Tavanic permet de traiter les infections touchant :  
- les sinus  
- les bronches/poumons, chez les personnes atteintes de maladies respiratoires chroniques ou de pneumonie  
- les voies urinaires, y compris les reins et la vessie  
- la prostate, en cas d'infection persistante  
- la peau et les tissus sous-cutanés, y compris les muscles (ces parties sont aussi appelées « tissus mous »).  
Dans certaines circonstances, Tavanic peut être prescrit pour diminuer le risque de contracter la forme pulmonaire de la maladie du charbon après l'exposition au bacille du charbon ou encore pour réduire le risque de récidive de la maladie.

- si vous avez une insuffisance cardiaque,
- si vous avez eu un infarctus du myocarde,
- si vous êtes une femme ou une personne âgée,
- si vous prenez d'autres médicaments pouvant conduire à des modifications anormales de l'ECG (voir la rubrique intitulée « Autres médicaments et Tavanic »).

- Si vous êtes diabétique.
- Si vous avez des troubles du foie ou en avez eu par le passé.
- Si vous souffrez d'une myasthénie (grande faiblesse musculaire).

Si vous n'êtes pas certain(e) que l'un des cas ci-dessus vous concerne, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre Tavanic.

#### Autres médicaments et Tavanic

Si vous prenez ou avez pris récemment d'autres médicaments, ou si vous envisagez d'en prendre, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien, car Tavanic peut modifier l'action des autres médicaments. Inversement, certains médicaments peuvent influencer le mode d'action de Tavanic.

#### Informez votre médecin en particulier si vous prenez l'un des médicaments ci-après, car le risque d'effets indésirables peut augmenter quand ces médicaments sont utilisés au cours du traitement par Tavanic :

- Les corticoïdes, parfois appelés corticostéroïdes, utilisés pour traiter une inflammation, car le risque d'inflammation et/ou de rupture d'un tendon peut augmenter.
  - La warfarine, utilisée pour fluidifier le sang, car la prédisposition aux saignements peut augmenter. Le cas échéant, votre médecin vous prescrira des prises de sang régulières pour contrôler la coagulation sanguine.
  - La théophylline, utilisée dans les maladies respiratoires chroniques, car le risque de convulsions est plus élevé en cas de prise en association avec Tavanic.
  - Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS), utilisés contre la douleur et l'inflammation, tels que l'aspirine, l'ibuprofène, le fénibène, le kétoprofène et l'indométacine, car le risque de convulsions est plus élevé en cas de prise en association avec Tavanic.
  - La ciclosporine, utilisée après une greffe d'organes, car le risque d'effets indésirables liés à la ciclosporine est plus élevé.
  - Les médicaments ayant un effet connu sur le rythme cardiaque, c'est-à-dire les produits utilisés dans les troubles du rythme (antiarythmiques) tels que la quinidine, l'hydroquinidine, le disopyramide, l'amiodarone, le sotalol, le dofétilide ou l'ibutilide, les dépressions (antidépresseurs tricycliques tels que l'imipramine ou l'imipramine), les infections bactériennes (antibiotiques de la famille des macrolides tels que l'érythromycine, l'azithromycine ou la clarithromycine) et les maladies mentales (certains psychotropes).
  - Le probénécide, utilisé pour traiter la goutte. Votre médecin est susceptible de réduire la dose si votre fonction rénale est diminuée.
  - La cimétidine, contre les ulcères et les brûlures d'estomac. Votre médecin est susceptible de réduire la dose si votre fonction rénale est diminuée.
- Si l'un des cas ci-dessus vous concerne, consultez votre médecin.

PPV:79DH70  
PER:08/24  
LOT:K2177

### تعليمات علاجية :

أزيكس مضاد حيوي من صنف الأزيد منسوب للماكروليد. أزيكس له فعالية على التعفنات الناتجة عن جراثيم يؤثر عليها.

### مضادات الإستطباب :

- حساسية للأزيتروميسين أو أي ماکروليد.  
- ضعف في وظيفة الكبد.

### تنبيه :

- في حالة أي ردود فعل حساسية (طفح جلدي ، حكة...) يجب استشارة الطبيب المعالج - يجب الإحاطة إلى علم الطبيب المعالج بأي حساسية عند الإستطباب بالمضادات الحيوية من صنف الماکروليد - لا يجب استعمال هذا الدواء عند المصابين بضعف في وظيفة الكبد - أمام عدم وجود معطيات علمية، ينصح عدم استعمال مشتقات مهماز الجودر.

### احتياطات الاستعمال :

- يجب إحاطة علم الطبيب المعالج في حالة :  
ضعف في وظيفة الكبد. ردود فعل حساسية. اضطرابات جلدية ناتجة عن حالة حساسية. حالة حمل. حالة رضاع. أخذ أدوية أخرى في ان واحد.

### التأثيرات الجانبية :

- اضطرابات هضمية : غثيان، قيئ، إسهال وأوجاع بطنية.  
- ردود فعل حساسية : حكة، طفح جلدي أو ديماكوبنك.

### المقادير :

- التقيد بوصفة الطبيب.  
- للبالغين و الأطفال الذين يزيد وزنهم عن 45 كلغ : قرص واحد من معيار 500 ملغ في اليوم لمدة 3 أيام.

### كيفية الإستعمال :

أزيكس أقراص يمكن أخذه في أي حين من اليوم خلال أو خارج الوجبة الغذائية.  
أزيكس أقراص من عيار 500 ملغ من الأزيتروميسين. علبة 3 أقراص.  
جدول أ (لائحة).

بوتي ش.م.

82، ممر الكازياريناس - عين السبع - الدار البيضاء

س. البشوشي - صيدلي مسؤول

b

PPV:79DH70  
PER:08/24  
LOT:K2177

### تعليمات علاجية :

أزيكس مضاد حيوي من صنف الأزيد منسوب للماكروليد. أزيكس له فعالية على التعفنات الناتجة عن جراثيم يؤثر عليها.

### مضادات الإستطباب :

- حساسية للأزيتروميسين أو أي ماکروليد.  
- ضعف في وظيفة الكبد.

### تنبيه :

- في حالة أي ردود فعل حساسية (طفح جلدي ، حكة...) يجب استشارة الطبيب المعالج - يجب الإحاطة إلى علم الطبيب المعالج بأي حساسية عند الإستطباب بالمضادات الحيوية من صنف الماکروليد - لا يجب استعمال هذا الدواء عند المصابين بضعف في وظيفة الكبد - أمام عدم وجود معطيات علمية، ينصح عدم استعمال مشتقات مهماز الجودر.

### احتياطات الاستعمال :

- يجب إحاطة علم الطبيب المعالج في حالة :  
ضعف في وظيفة الكبد. ردود فعل حساسية. اضطرابات جلدية ناتجة عن حالة حساسية. حالة حمل. حالة رضاع. أخذ أدوية أخرى في ان واحد.

### التأثيرات الجانبية :

- اضطرابات هضمية : غثيان، قيئ، إسهال وأوجاع بطنية.  
- ردود فعل حساسية : حكة، طفح جلدي أو ديماكوبنك.

### المقادير :

- التقيد بوصفة الطبيب.  
- للبالغين و الأطفال الذين يزيد وزنهم عن 45 كلغ : قرص واحد من معيار 500 ملغ في اليوم لمدة 3 أيام.

### كيفية الإستعمال :

أزيكس أقراص يمكن أخذه في أي حين من اليوم خلال أو خارج الوجبة الغذائية.  
أزيكس أقراص من عيار 500 ملغ من الأزيتروميسين. علبة 3 أقراص.  
جدول أ (لائحة).

بوتي ش.م.

82، ممر الكازياريناس - عين السبع - الدار البيضاء

س. البشوشي - صيدلي مسؤول

b