

# 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.

## **armacie :**

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.

## **optique :**

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**

- 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.

**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](http://www.mupras.com)

86341

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0016464**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 00.00.337

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL YOUSFI Hamed Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066.334979

Total des frais engagés : 531.50 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Docteur AMIR NAIMA  
Centre Hospitalier Préfectoral  
AL HASSANI

Délégation Ministère Santé  
De Hay Hassani

Date de consultation : 14/08/2021

Nom et prénom du malade : El Yousfi Hamed Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

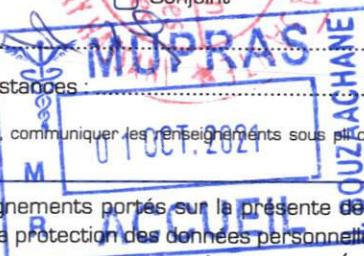
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 11/08/2021 / /



## 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
10/08/2011			6	Docteur A. JAIMA Médecin traitant Centre Hospitalier Assas Délégation de l'Assurance Maladie De Hay De Sainte-Suzanne

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ALGER 062 38 92 0522 36 0312 CAPABLANCA MI RENOVATION	10.08.21	531,50

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

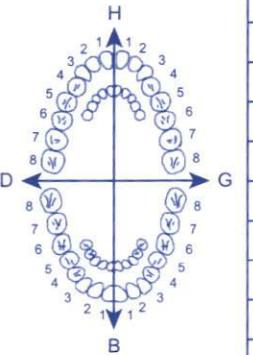
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

(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

## ORDONNANCE

Le: 10.08.2

P. J. Fox & Son B.R.L. M'haney

- Alex B.

~~Ans~~ - reply (check)

- TAVnic 103

4530 Aug 11 N

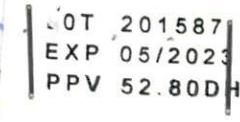
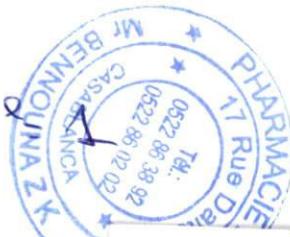
- uitc 100

GG, ~ 4x2i we

- zwisken M. № 1

52-80 Order 208

531 50



## OTICE : INFORMATI

**Tavanic® 2%**

**Tavanic® 5%**

vofloxacine

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



6 118001 080830

**pelliculé**  
**pelliculé**

**OFI**

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

Suivez 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 leur 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.

### contient cette notice :

ce qu'est-ce que Tavanic et dans quels cas est-il utilisé ?  
elles 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

Le médicament s'appelle Tavanic. Il contient une substance active appelée vofloxacine. 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 atopiques chroniques ou de pneumonie  
les voies urinaires, y compris les reins et la vessie  
la prostate, en cas d'infection persistante  
peau et les tissus sous-cutanés, y compris les muscles (ces parties sont aussi appelées « tissus mous »).

En certaines circonstances, Tavanic peut être prescrit pour diminuer le risque de contracter la forme pulmonaire de la maladie du charbon après exposition au bacille du charbon ou encore pour réduire le risque d'avivation 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 anomalies 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 fenbufène, le kétoprofène et l'indométhacine, 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 (antiarrhythmiques tels que la quinidine, l'hydroquinidine, le disopyramide, l'amiodarone, le sotalol, le dofetilide ou l'ibutilide), les dépressions (antidépresseurs tricycliques tels que l'amitriptyline 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 الأزيليد منسوب للماكروليد. أزيكس له فعالية على التعفනات الناتجة عن جراثيم يؤثر عليها.

**مضادات الإستطباب:**

- حساسية للأزتيروميسين أو أي ماكروليد.
- ضعف في وظيفة الكبد.

**تنبيه:**

- في حالة أي ردود فعل حساسية (طفح جلدي ، حكة...) يجب استشارة الطبيب المعالج - يجب الإحاطة إلى علم الطبيب المعالج بأى حساسية عند الإستطباب بالمضادات الحيوية من صنف الماكروليد - 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 آن واحد.

**التأثيرات الجانبية:**

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

**المقادير:**

- التقىد بوصفة الطبيب.  
- للبالغين والأطفال الذين يزيد وزنهم عن 45 كلغ : قرص واحد من عيار 500 ملغ في اليوم لمدة 3 أيام.

**كيفية الاستعمال:**

أزيكس أقراص يمكن أخذه في أي حين من اليوم خلال أو خارج الوجبة الغذائية.

أزيكس أقراص من عيار 500 ملغ من الأزتيروميسين. علبة 3 أقراص.

جدول أ (لائحة).

بوتي شم

82 معر الكازبارينا - عين السبع - الدار البيضاء

س. البشوشي - مدير مسؤول



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

**تعليمات علاجية:**  
أزيكس مضاد حيوي من صنف الأزيليد منسوب للماكروليد. أزيكس له فعالية على التعفنات الناتجة عن جراثيم يؤثر عليها.

**مضادات الإستطباب:**

- حساسية للأزتيروميسين أو أي ماكروليد.
- ضعف في وظيفة الكبد.

**تنبيه:**

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

**التأثيرات الجانبية:**

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

**المقادير:**

- التقىد بوصفة الطبيب.  
- للبالغين والأطفال الذين يزيد وزنهم عن 45 كلغ : قرص واحد من عيار 500 ملغ في اليوم لمدة 3 أيام.

**كيفية الاستعمال:**

أزيكس أقراص يمكن أخذه في أي حين من اليوم خلال أو خارج الوجبة الغذائية.

أزيكس أقراص من عيار 500 ملغ من الأزتيروميسين. علبة 3 أقراص.

جدول أ (لائحة).

بوتي شم

82 معر الكازبارينا - عين السبع - الدار البيضاء

س. البشوشي - مدير مسؤول

