

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-690104



Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 618

Matricule : _____ Société : _____

Actif Pensionné(e) Autre : _____

Nom & Prénom : El ouafi nihous

Date de naissance : 30/06/45

Adresse : Casablanca

Tél. : _____ Total des frais engagés : 978,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/02/2021

Nom et prénom du malade : El ouafi nihous Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

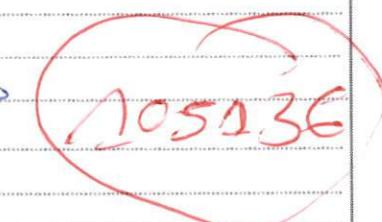
Nature de la maladie : _____

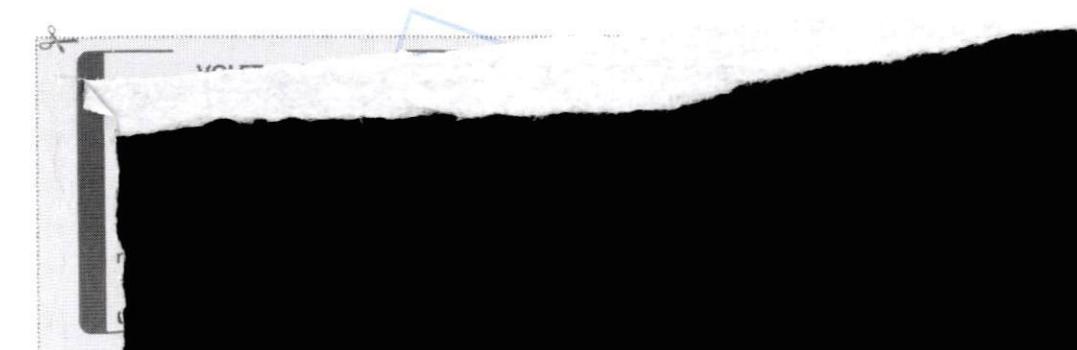
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

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) : 



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 kinesithérapeute
- 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 ou 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 PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

EJOUR EN MAISON DE REPOS

ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

actes répétés en plusieurs séances ou actes

obaux comportant un ou plusieurs échelonnements dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDIE

- 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 évenir 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



06.61.30.97.15

DATE DE DEPOT

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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 859339

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL LOUAFI MILOUD

Matricule : 618 Fonction : RETRAITE Poste :

Adresse :

Tél. : 0661168867 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : El Louafi miloud Age 30 06 45

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 , le / / Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

CLINIQUE IRACADA-OASIS
113 AV. AL KHEDIVE MOHAMMED V
Casablanca
Tél: 0522 23 81 02
Fax: 0522 23 81 02
E-mail: iracada.oasis@wanadoo.fr

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 859339

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
07.02.2011	9		165	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Bd. Bourguignon 92236 Levallois-Perret Tél : 01 46 50 00 00	07/02/2022	978,70 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 s

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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le 07/02/2022

M. EL OUAFI MILOUD
Né le : 30/06/1945



CJ022A27014213

52.80 - sodas 2 yes
170.00 - coffee 200 → 2/1.
205.00 - Tonic 500 → 2/1.
43.80 - flagyl 600 → 17.00
14.00 - chips yes
138.10 - LOVENOX 6,4 → 17.00
349.00 -

Dr. Khalid RZAL
Chirurgien Spécialiste
182, Bd. Anoual - Casablanca
Tél : 05 22 86 50 05
INPE : 091165310
INPE : 0911623000P

Clinique Jerrada Oasis, Boulevard Abderrahim Bouabid (Ex-Jerrada), Oasis, Casablanca
Tél. : 05 22 23 81 81 - 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : +212 5 22 23 81 82
Site web : www.cliniquejerrada.ma - E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

= 978.70

Pharmacie SOPHIA
Mme Benbrahim Slaoui
174, Bd Ibnou Sina - CASA
Tél : 022.36 01.74

AS
AS
AS
AS

FLAGYL 500 mg
CP PEL 620
P.P.V 49DH00
LOT : 21E008
PER : 03/2026
6 118000 060062

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0.4ML SER B6
P.P.V. : 349DH00

6 118001 080465

Dr. Mehdi OUAZZANI
Anesthésie - Réanimateur
clinique JERRADA OASIS
INPE : 091170652

CLINIQUE JERRADA-OASIS
113, Av. Abdallah Bouabid
CASABLANCA
Tél : 05 22 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82
www.cliniquejerrada.ma

Pharmacie SOPHIA
Mme Benbrahim Slaoui
174, Bd Ibnou Sina - CASA
Tél : 022.36 01.74

LOT 210604
EXP 12/2023
PPV 52.80DH

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Tavanic® 250 mg comprimé pelliculé Tavanic® 500 mg comprimé pelliculé évofoxacine

SANOFI

Veuillez 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 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.

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

Le médicament s'appelle Tavanic. Il contient une substance active appelée évofoxacine. Celle-ci fait partie des médicaments connus sous le nom d'antibiotiques et appartiennent plus précisément à la famille des quinolones. Elle 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

le 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'aggravation de la maladie.

- si vous avez une infection
- si vous avez une infection urinaire
- si vous avez une infection pulmonaire
- si vous avez une infection cutanée
- si vous avez une infection de la prostate
- Si vous avez une infection urinaire
- Si vous avez une infection pulmonaire
- Si vous avez une infection cutanée

Sano(+)-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

igée,
ant conduire à des
ubrique intitulée « Autres

eu par le passé.
(blesse 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'indométracine, 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'amiiodarone, le sotalol, le dofétolide 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.

Ne prenez pas Tavanic en même temps que les médicaments

OFIKEN®

Céfixime

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre

- Elle contient des informations importantes sur votre traitement.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

LOT 212704

EXP 10 23

PPV 170.00 DH

DÉNOMINATION :

OFIKEN® 200 mg, comprimés pelliculés.

OFIKEN® 100 mg/5 ml, poudre pour suspension buvable.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

OFIKEN® 200 mg, comprimés pelliculés

Céfixime trihydraté, quantité correspondant à céfixime anhydre..... 200 mg

Excipients.....

q.s.p un comprimé pelliculé.

OFIKEN® 100 mg/5 ml, poudre pour suspension buvable

Céfixime trihydraté, quantité correspondant à céfixime anhydre..... 100 mg

Excipients.....

q.s.p 5 ml de suspension reconstituée.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION :

OFIKEN® 200 mg, comprimé pelliculé, boîtes de 8 et 16.

OFIKEN® 100 mg/5 ml :

Poudre pour suspension buvable en flacon de 30 ml soit 150 doses-kg

Poudre pour suspension buvable en flacon de 60 ml soit 300 doses-kg

Poudre pour suspension buvable en flacon de 100 ml soit 500 doses-kg

Toutes les présentations peuvent ne pas être commercialisées.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

Antibiotiques de la famille des bêta-lactamines du groupe des céphalosporines de 3^{ème} génération.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Comprimé pelliculé :

Ce médicament est indiqué dans le traitement des :

- Otites et sinusites aiguës,
- Infections bronchiques et pulmonaires,
- Certaines infections urogénitales.

Poudre pour suspension buvable :

Ce médicament est indiqué chez l'enfant de plus de 6 mois, dans le traitement des :

- Infections bronchiques et pulmonaires,
- Otites moyennes aiguës,
- Certaines infections urinaires.

ATTENTION !

a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament ?

Poudre pour suspension buvable et comprimé pelliculé :

- Allergie connue aux antibiotiques du groupe des céphalosporines, ou à l'un des excipients de ces médicaments.

Comprimé pelliculé :

Doliprane

PARACETAMOL

PPV: 14DH00

PER: 11/24

LOT: K3204

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC 90 (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, providone K30, amidon de maïs prégelatinisé, acide stéarique (origine végétale).

QU'EST -CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :
allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE®