

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Souscriptions 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.

Entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, actions 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.

## 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.

M22- 0005154

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11087

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : .....

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) :



## 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 du 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 AIC :

- 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 | adhésion@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 à caractère personnel.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>11087</b>	Société : <b>R.A.M</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre :</b>	
Nom & Prénom : <b>EL MOURCID HAFIDA</b>			
Date de naissance : <b>06/10/1969</b>			
Adresse :			
Tél. : <b>0664488169</b> Total des frais engagés : <b>1571,3</b> Dhs			
Cadre réservé au Médecin <b>Pr. Malida ZAHRA</b> Médecine Interne Pathologie Infectieuse - Hépatologie Médecine Tropicale Maladie Sexuellement Transmissible 86, Boulevard Moulay Driss 1er - CS 10000 Tél. 0522 20 45 45			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>01/10/2022</b>			
Nom et prénom du malade : <b>EL MOURCID HAFIDA</b> Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> <b>Lui-même</b> <input type="checkbox"/> <b>Conjoint</b> <input type="checkbox"/> <b>Enfant</b>			
Nature de la maladie : <b>Infection Broncho pulmonaire aig</b>			
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 : **Carthage**

Le : **01/10/2022**

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
01/07/2022	Sp + ECG	90000	<b>Dr. Majida ZAHRAOUI</b> Médecine Internat Pathologie Infectieuse - Hépatologie Médecine Tropicale Maladie Sexuellement Transmissible 26, Boulevard Moulay Driss 1er - CASA Tél: 0524 29 14 00 / 05	09.11.2022 79

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Ahmed GHAFER Ahloul Al-Bayan Casablanca 0522 39 34 31 05 99 34 34 31	01-02-2012	272,20
	01/02/2012	399,10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I 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 : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

**CHÉT DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pr. MAJIDA ZAHRAOUI

SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE  
EX ASSISTANTE A TITRE ETRANGER  
DU COLLEGE DE MEDECINE DES HOPITAUX  
DE PARIS

MALADIES DE SYSTEME - MALADIES RHUMATISMALES  
GERIATRIE  
HEPATOLOGIE - ENDOSCOPIE DIGESTIVE  
PATHOLOGIES INFECTIEUSES  
DIPLOME D'IMMUNOPATHOLOGIE  
NUTRITION ET TRAITEMENT DE L'OBESITE  
MEDECINE DU SPORT



www.zahraouimajida.com

الدكتورة مجيدة الزهراوي

أستاذة أخصائية في الطب الباطني  
في كلية الطب بمستشفى باريس  
مساعدة سابقة بالخارج

الأمراض الجهازية - الأمراض الروماتيزمية  
أمراض الشيوخة  
أمراض الكبد - المنظار الباطني  
الأمراض العقاقيرية  
يلتزم في طب المتابعة من معهد باستور بباريس  
طب التغذية وعلاج السمنة - طب الرياضي

Casablanca, le 01/02/2022 الدار البيضاء، في

## NOTE D'HONORAIRE

NOM : Mme F. L. MOUNCHAO .....

PRENOM : HAFIDA .....

DIAGNOSTIC : Infection Bronchopulmonaire  
aigüe .....

Total : 500,00 DH

+  
FCC = 300,00 DH

⇒ Total : 900,00 Dhs

Pr. Majida ZAHRAOUI  
Médecine Interne  
Pathologie Infectieuse - Hépatologie  
Médecine Tropicale  
Maladie Sexuellement Transmissible  
Boulevard Moulay Driss 1er - CASABLANCA  
Téléphone 0522 86 14 09 / 00 14 09 00

Résidence El Jawahir 86, Bd. Moulay Idriss 1<sup>er</sup>. Casablanca

الإقامة الجواهر 86، شارع مولاي إدريس الأول. الدار البيضاء

الرقم الأخضر : 07 62 988 987 - الهاتف : 0522 86 14 08 / 09 / 11 0522 86 14 08 / 09 / 11 07 62 988 987

Fax : 05 22 86 14 09 - E-mail : zahraouimajida@gmail.com

الfax : 09 - البريد الإلكتروني : 05 22 86 14 09

Pr. Majida ZAHRAOUI

SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE  
EX ASSISTANTE A TITRE ETRANGER  
DU COLLEGE DE MEDECINE DES HOPITAUX  
DE PARIS

MALADIES DE SYSTEME - MALADIES RHUMATISMALES  
GERIATRIE  
HEPATOLOGIE - ENDOSCOPIE DIGESTIVE  
PATHOLOGIES INFECTIEUSES  
DIPLOME D'IMMUNOPATHOLOGIE  
NUTRITION ET TRAITEMENT DE L'OBESEITE  
MEDECINE DU SPORT

www.zahraouimajida.com

الدكتورة مجيدة الزهراوي

أستاذة أخصائية في الطب الباطني  
في كلية الطب بمستشفى باريس  
مساعدة سابقة بالخارج

الأمراض الجهازية - الأمراض الروماتيزمية  
أمراض الشريحة  
أمراض الكبد - المنظار الباطني  
الأمراض التغذية  
يلقون في طب المتابعة من معهد باستور بباريس  
طب التغذية وعلاج السمنة - الطب الرياضي

Casablanca, le 04/02/2022 الدار البيضاء، في

NOM ET PRENOM... n-e EL MOYRCHI - HAFIDA

SN/10

1- Plaquenil 200 mg cp (au milieu des repas)

1 cp 2 / j chaque 12h pendant 7j  
→ (à 08h et à 20h)

79,2x2

2- Azythromycine 500 mg cp (au milieu des repas)

1 cp : le premier jour  
½ cp : j2 - j3 - j4 - j5 - j6 - j7

3- Vitamine C 1000 mg cp

1 cp 2 fois par jr pendant 10 jr

15,30

4- Zinaskin 45 mg cp ou équivalent

1 cp 2 fois par jr pendant 10 jr

96,00

5- D Cure Forte

1 ampoule en 1 seule prise

49,60

6- Cardioaspirine 100 mg

1 cp / j pendant 10 jours

27,2  
399,10

Résidence El Jawahir 86, Bd. Moulay Idriss 1<sup>er</sup>. Casablanca

N° Vert : 07 62 988 987 - Tél.: 0522 86 14 08 / 09 / 1D522 86 14 08 / 09 / 11 - الهاتف: 07 62 988 987

Fax : 05 22 86 14 09 - E-mail : zahraouimajida@gmail.com

إقامة الجوادر 86، شارع إبراهيم الباري، الدار البيضاء

الرقم الأخضر : 05 22 86 14 08 / 09 / 10 - الهاتف: 05 22 86 14 08 / 09 / 11

الفاكس : 05 22 86 14 09 - البريد الإلكتروني: zahraouimajida@gmail.com

Pr. Majida ZAHRAOUI



NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

# PLAQUENIL® 200 mg, comprimé pelliculé

sulfate d'hydroxychloroquine

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Plaquinil 200mg b30 cp  
Vé P.P.V 51,10 DH

in



• 6 118001 082070

**SANOFI**

lisez cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- 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.

Pr. MAJIDA ZAHRAOUI

SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE  
EX ASSISTANTE A TITRE ETRANGER  
DU COLLEGE DE MEDECINE DES HOPITAUX  
DE PARIS

MALADIES DE SYSTEME - MALADIES RHUMATISMALES  
GERIATRIE  
HEPATOLOGIE - ENDOSCOPIE DIGESTIVE  
PATHOLOGIES INFECTIEUSES  
DIPLOME D'IMMUNOPATHOLOGIE  
NUTRITION ET TRAITEMENT DE L'OBESEITE  
MEDECINE DU SPORT

www.zahraouimajida.com

الدكتورة مجيدة الزهراوي

أستاذة أخصائية في الطب الباطني  
في كلية الطب بمستشفى باريس  
مساعدة سابقة بالخارج

الأمراض الجهازية - الأمراض الروماتيزمية  
أمراض الشيوخة

أمراض الكبد - المفتراء الباطني

الأمراض العقاقيرية

يلوم في طب المتابعة من معهد باستور بباريس

طب التقديرة وعلاج السمنة - الطب الرياضي

دار البيضاء، في 01.02.2022

نام: EL Nourchid Hafida

33,60 x 2

DECADRON 0,5 MG

4 cp 2 fois par jour pendant 3 jrs



puis 3 cp 2 fois par jour pendant 3 jrs

puis 2 cp 2 fois par jour pendant 2 jrs

puis 1 cp 2 fois par jour pendant 2 jrs



LOVENOX OU NOVEX

injection sous cutanée 1 fois par jour pendant



TAVANIC 500 MG

205,00 1 cp 1 fois par jour pendant 7 jrs

224,60

LOT 210157

EXP 01 2024

PPV 33 60

PHARMACIE HIBA  
Dr. Ahmed GHAFY  
Bouderbala  
Hay Raha, Rue Casablanca  
Bd. Hassan II 14 / 0522 34 94 93  
0522 34 94 98 22 0522 34 94 93  
0522 34 94 98 22 0522 34 94 93

Dr. Majida Zahraoui  
Médecine Interne  
Pathologie Infectieuse Hépatologie  
Médecin Tropicale  
Maladie Sexuellement Transmiss.

86, Bd. Mly. Idriss 1er - CASABLANCA

Tél : 06 22 88 11 00

LOT 210157

EXP 01 2024

PPV 33 60

إقامة الجوهر 86، شارع مولاي إدريس الأول. دار البيضاء

الرقم الأخضر: 07 62 988 987 - تل: 0522 86 14 08 / 09 / 10 522 86 14 08 / 09 / 11 - الهاتف: 07 62 988 987

Fax: 05 22 86 14 09 - E-mail: zahraouimajida@gmail.com

الفاكس: 05 22 86 14 09 - البريد الإلكتروني: v:

## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

# Tavanic® 250 mg comprimé pelliculé Tavanic® 500 mg comprimé pelliculé levofloxacine

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.

### Qu'est-ce que 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 levofloxacine. Celle-ci fait partie des médicaments connus sous le nom d'antibiotiques et appartient plus précisément à la famille des quinolones. Elle agit en détruisant les bactéries responsables de certaines infections dans votre organisme.

Tavanic permet de traiter les infections touchant :

- si vous avez une insuffisance cardiaque
  - si vous avez eu un infarctus du myocarde
  - si vous êtes une femme ou une personne
  - si vous prenez d'autres médicaments qui modifient les anomalies de l'ECG (voir médicaments et Tavanic).
- Si vous êtes diabétique.
  - Si vous avez des troubles du foie ou en avez
  - Si vous souffrez d'une myasthénie (grand

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 cyclosporine, utilisée après une greffe d'organes, car le risque d'effets indésirables liés à la cyclosporine 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,

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Aïn sebaâ Casablanca

Tavanic 500mg, cp pel b7

P.P.V : 205,00 DH



ID :  
Nom:  
Age : 0 Années  
Sexe :  
T : 0 cm / P : 0 kg

fréq. Cardia.: 76 bpm  
PR/RR Int.: 156/789 ms  
Durée QRS: 96 ms  
QT/QTc: 374/421 ms  
Axes P-R-T: 50 2 48  
SV1/RV5/R+S: 0.65/1.29/1.94mV

\*\* Résultat de l'analyse \*\* (A faire confirmer par le cardiologue)  
Rythme sinusal normal  
Axe normal  
[ Normal ECG ]

Prescrit par:  
El Nourhid Hafida

