

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.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0035523

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1092 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KOUSSAIMY MUSTAPHA

Date de naissance : 1948

Adresse : 3 BIS Rue NIZAR ELABIDI BOURGASNE
CASABLANCA

Tél. : 0666814672 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/08/2022

Nom et prénom du malade : Boukhalaba Khadija Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique

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.

Le : 11/08/2022



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
13/12/22	G		Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/12/22	1155,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

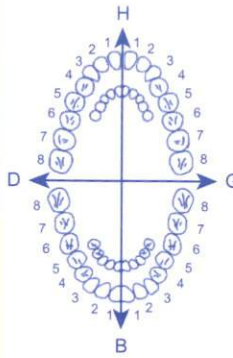
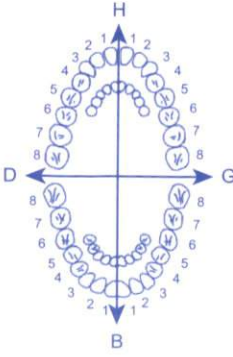
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'QDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																				
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction] 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"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
5 118001 082018

Date : 13/12/2022

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 270,00 DH
5 118001 082018

Ordonnance

1^{er} Bon kellobo Khadife

$\times (270,00 \times 2)$
 $\times 4$ Coplovix

S.V.

2 - 0 - 0 x 15

pus

1 -

88.10

4 Coronal 25

S.V.

1/4

PHARMACIE S.A.R.L.
0 CASABLANCA
48, Avenue Mendel Ben Berka Bourgoine
CASABLANCA

Lot : SE0443A
Per : 05/2024
PPV : 88 DH 10

3) Tolur 40 (novel 40)

159.90

S.V.

4) Augmentin 4g

222.00

S.V.

1 x 7

5) TANANIC

145.00

INTERNATIONAL clinic
Dr. ZOUBIDI ZINABIDIN Mohamed
Pr. Agrégé - Cardiologie Interventionnel
102-103, Bd Anoual, Casablanca
Tél : +212 522 61 14 10 / +212 522 64 14 00

102, 103 Boulevard Anoual - Casablanca - Maroc / Tél : +212 522 64 14 00

Fax : +212 522 86 08 97 - Email : contact@internationalclinic.ma

1155,00

Site sécurisée pour votre protection

PPV: 159DH90



Liste I - Uniquement sur ordonnance



poudre pour suspension
buvable en sachet



1g / 125 mg

AUGMENTIN
AMOXICILINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN
AMOXICILINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg
Sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des repas,
pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم

Uniquement sur ordonnance


RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 222,00 DH
LOT: 650131
PER: 07/24



NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Tavanic® 250 mg comprimé pelliculé
Tavanic® 500 mg comprimé pelliculé
lévofloxacine

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.

Que contient cette notice :

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

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

Ce médicament s'appelle Tavanic. Il contient une substance active appelée lévofloxacine. 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 :

- 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

- 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 pour modifications anormales de l'ECG (voir la médicaments et Tavanic »).

- Si vous êtes diabétique.
- Si vous avez des troubles du foie ou en avez
- 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'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'amitriptyline ou l'imipramine), les infections bactériennes (antibiotiques de la famille des macrolides).

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

Tavanic 500mg cp pel b5
P.P.V : 145,00 DH

