

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0028603

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5083 Société : 145247

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHERIF ALAMI NADIA

Date de naissance : 12/10/1961

Adresse :

Tél. : 0661188621 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/12/2022

Nom et prénom du malade : CHERIF ALAMI NADIA Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 ces 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) : Alali

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
21/12/22	/ i	300		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAGHAD Rue 5 DerbyKorea. Casab 05 22 28 33 05	21/12/82	411,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

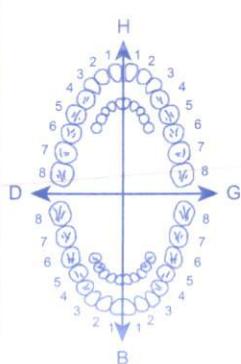
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr BENNANI Youssef

Hépato-Gastro-Entérologue

Diplômé des Facultés de Médecine de Rabat et de Rouen

Echographie - Endoscopie digestive et interventionnelle

CPRE - Echo-endoscopie

ORDONNANCE

Casablanca, le :

21/12/22

Mme LIENIF ALAMI NADIA

1/ EVOK 500

750 200 /:

x 51

POCIVOG

6900 2/ 1 CAR x 4 / /

84600 x 6 Lactothryxox 100 + 50 + 25. abmat

13600 x 6 100 y du lait au ventre

680 x 6 25 ? sans le lait devrait

4/11 PHARMACIE HACHAD
Rue 5 Derb Korea. Casab
Tel: 05 22 28 33 43

Dr BENNANI Youssef
Hépato-Gastro Entérologue
62 Bd Sidi Abderrahman Casablanca
Tél: 0522362416

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



Comprimé pelliculé séable
boites de 5, 7 et 10

LOT : 22063 PER : 01/2025
PPV : 75,10 DH

Information à votre médecin ou à votre pharmacien
jamais à quelqu'un d'autre, même en cas

d'effet indésirable non mentionné dans cette notice.

500 mg

Excipients..... qsp un comprimé pelliculé séable
Excipients à effets notoires : sans objet

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

La lévofloxacine appartient à un groupe de médicaments appelés antibiotiques. La lévofloxacine est un antibiotique de type « quinolone ». Elle détruit des bactéries responsables d'infections dans l'organisme.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

EVOX® 500 mg comprimé pelliculé séable, peut être utilisé pour le traitement des infections suivantes:

Chez l'adulte

- Sinusites aigues bactériennes
 - Exacerbations aigües de bronchite chronique
 - Pneumonies communautaires
 - Infections compliquées de la peau et des tissus mous
- Pour les infections mentionnées ci-dessus EVOX® 500 mg comprimé pelliculé séable, ne doit être utilisé que lorsque les antibiotiques recommandés dans les traitements initiaux de ces infections, sont jugés inappropriés.

- Pyélonéphrites et infections urinaires compliquées
- Prostatites chroniques bactériennes
- Cystites non compliquées

EVOX® 500 mg comprimé pelliculé séable, peut également être utilisé en relais d'un traitement intraveineux initialement avec la lévofloxacine chez les patients ayant montré une amélioration de leur état.

Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée.

POSÉLOGIE, MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin. Vérifiez auprès

médecin ou pharmacien en cas de doute.

- Par voie orale, à avaler avec de l'eau

• Les comprimés peuvent être pris au cours ou en dehors des repas.

Protégez votre peau de la lumière solaire

Évitez l'exposition directe au soleil pendant que vous recevez ce médicament et pendant les 2 jours qui suivent l'arrêt du médicament.

Votre peau devient bien plus sensible au soleil et peut vous donner des sensations de brûlure, de picotements ou former des cloques sévères, si vous ne prenez pas les précautions suivantes :

- Vérifiez que vous utilisez une crème solaire à indice de protection élevé.
- Portez toujours un chapeau et des vêtements qui couvrent vos bras et vos jambes.

Si vous prenez déjà des comprimés de fer, des suppléments à base de zinc, des antiacides, de la didanosine ou du sucralfate :

Ne prenez pas ces médicaments en même temps que EVOX® 500 mg comprimé pelliculé séable. Prenez ces médicaments au moins 2 heures avant ou après EVOX® 500 mg comprimé pelliculé séable.

Les comprimés à prendre :

- Votre médecin décide le nombre de comprimés de EVOX® 500 mg comprimé pelliculé séable, que vous devez prendre.
- La dose dépend du type et du siège de l'infection dont vous souffrez.
- La durée de votre traitement dépend de la gravité de votre infection.
- Si vous avez l'impression que l'effet de votre médicament est trop faible ou trop fort, ne modifiez pas la dose de vous-même, mais interrogez votre médecin.

Adultes et personnes âgées

Infections des sinus, infections pulmonaires chez les personnes ayant des problèmes respiratoires à long terme et infections de la prostate

1 comprimé de EVOX® 500 mg comprimé pelliculé séable, une fois par jour.

Pneumonies et infections de la peau et des tissus sous-cutanés, y compris les muscles

1 comprimé de EVOX® 500 mg comprimé pelliculé séable, une ou deux fois par jour.

Infections des voies urinaires, y compris au niveau des reins ou de la vessie

1/2 ou 1 comprimé de EVOX® 500 mg comprimé pelliculé séable, chaque jour.