

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

Déclaration : contact@mupras.com

Adhésion en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

N° M21- 0056806

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1884 Société : 73667

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Absolu

Nom & Prénom : ANNA GLEBAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0561316386 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : FATIMA 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) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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

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

N° P19- 049537

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1884 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ANKAGREBAH Abdelham

Date de naissance : 1948

Adresse :

Tél. : 0661316986 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abderrahim QUARMOCHI
O.R.L.
Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
24, Bd Med V - Casablanca
Tél : 022 22 96 42 / 022 48 76 65

Date de consultation : 3 / 4 / 21

Nom et prénom du malade : KADRI FATIMA Age :

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

Nature de la maladie : 7 ans de suite

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-049537

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement des Actes
3/4/21	Ca	1	300,00	<div> <div>Abderrahim QUADRI</div> <div>O.R.</div> <div>Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale</div> <div>24, Bd Med V - Casablanca</div> <div>Tel: 022 22 96 42 / 022 48 76 65</div> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div>Pharmacie REGIONALE</div> <div>TAZI Adnane</div> <div>80, Bd. de la Liberté</div> <div>Casablanca</div> <div>Tél: 0522 31 33 94</div> </div>	30/04/21	187,20

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur A. QUARMOCHI

O.R.L.

Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale

PLASTIQUE & ESTHÉTIQUE

MEDECINE AEROSPATIALE

Expert Assermenté

Allergologie



الدكتور عبد الرحيم قروشي

جراحة الأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

الجراحة التجميلية

الطب الفضائي

خبير محلف

الحساسية

le 30/4/21

Mme KADRI FATIMA

123.90

ROMANINE

S.V

3 mg

1 y

2 h
7.

42.2

PRESTI

S.V

2 mg

3 y

6 mel
7.

S.V

SP

21.30

RETATINE

2
7.

187.20

3 x h
7.

Pharmacie REGIONALE
TAZI Adnane
80, Bd. de la Liberté
Casablanca
Tél. : 0522 31 33 94

Dr. Abderrahim QUARMOCHI
O.R.L.
Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
24, Bd Med V - Casablanca
Tél : 022 22 96 42 / 022 48 76 65

LOT N°:

UT. AV :

PPV (DH) :

4200

اتبع نصائح الطبيب أو الصيدلي

301 4/21

NOTE D'HONORAIRES

Mme

~~Mr~~

KABRI FATIMA

ASPIRATION UNE OREILLE :

ASPIRATION DEUX OREILLES :

NASOFIBROSCOPIE :

AUDIO IMPEDANCEMETRIE :

IMPEDANCEMETRIE :

AUTRES :

TOTAL : 1000

Cent - Dr. Abderrahmane QUAF O.R.L.
Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
24, Bd Med V - Casablanca
Tél : 022 22 96 42 / 022 45 76 65



7. تاريخ مراجعة النشرة

يناير 2011

8. نصائح/تربية صحية

"ما ينبغي معرفته حول المضادات الحيوية"

تتميز المضادات الحيوية بفعاليتها لمكافحة العدوى الناتجة عن البكتيريا. لكنها غير فعالة ضد العدوى الناتجة عن الفيروسات.

لذلك قرر طبيبك أن يصف لكم هذا المضاد الحيوي لأنه يناسب

تماما حالتكم ومرضكم الحالي.

تتمكن البكتيريا من البقاء أو التكاثر رغم فعل هذا المضاد الحيوي. و

تسمى هذه الظاهرة بالمقاومة، التي تبطل مفعول بعض المضادات

الحيوية.

تزداد المقاومة بفعل الاستعمال المفرط أو غير الملائم للمضادات

الحيوية.

قد تشجعون ظهور البكتيريا المقاومة وبالتالي تأخير شفاكم أو

حتى إبطال مفعول هذا الدواء في حالة عدم احترام:

- الجرعة الواجب تناولها،

- أوقات الجرعة.

- مدة العلاج.

و كتنيجة لذلك من أجل الحفاظ على فعالية هذا الدواء:

1. لا تستعملوا مضادا حيويا إلا إذا وصفه لكم الطبيب.

2. احتراموا وصفة الطبيب احتراما تاما.

3. لا تستعملوا المضاد الحيوي مجددا دون وصفة طبية.

حتى لو اعتقدتم مكافحة مرض مماثل في الأعراض.

4. لا تعطلوا هذا المضاد الحيوي إلى أي شخص آخر. قد لا

يكون مناسباً لمرضه.

5. عند الانتهاء من علاجكم، ارجعوا للصيدلي كافة العلب

المفتوحة من أجل التخلص منها على الوجه الصحيح و

الملائم.

ب. طريقة الاستعمال.

عن طريق الفم.

تناول الأقراص كما هي بكأس من الماء.

ت. وثيرة و وقت استعمال الدواء:

2 إلى 3 مرات في اليوم.

ث. مدة العلاج:

لكي يثبت هذا المضاد الحيوي فعاليته، يجب استعماله بانتظام

بالجرعات الموصوفة، و طالما ينصح به الطبيب.

لا يعني اختفاء الحمى أو أحد الأعراض أنك شفيت تماما. فالشعور

المحتمل بالتعب غير ناجم عن العلاج بالمضاد الحيوي لكن عن

التعبن بذاته. و لن يكون لخفض العلاج أو توقيفه أي تأثير على هذا

الشعور و سيؤخر شفاكم.

ج. ما العمل في حالة جرعة مفقودة

استشر الطبيب لأنه قد يقترح عليك علاجاً و مراقبة طبية.

5. التأثيرات غير المرغوب فيها و المزعجة

كمثل كافة المواد الفعالة، قد يؤدي هذا الدواء لدى بعض الأشخاص

إلى تأثيرات مزعجة شيئا ما.

• أعراض هضمية: ألم في المعدة، غثان، قيء، إسهال؛ نادرا جدا،

التهاب القولون شبه غشائي (مرض المعى مع إسهال و آلام في

البطن).

• أعراض جلدية: طفح، شرى (طفح جلدي يشبه لدغة نبتة

القرص)، حكة، نادرا جدا وذمة كوينك (انتفاخ مفاجئ في الوجه و

العنق ذات أصل حساسي)، صدمة حساسية. حالات جد نادرة

لاحمرار منتشر في الجسم بأكمله مع بثور و مصحوب بحمى (داء

البثور الطففي الحاد و العام) (راجع تحذيرات خاصة) في كل هذه

الحالات، استشر الطبيب.

• الجهاز العصبي: شعور بالوخز أو التمثل من حين لآخر و بشكل

مؤقت.

• أعراض كبدية: نادرا جدا، تغير في فحوصات الكبد.

• تغيرات مكونات الدم: نادرا جدا، فقر الدم مع إمكانية تدمير

الكريات الحمراء (راجع احتياطات الاستعمال).

أخبر الطبيب أو الصيدلي عن أي تأثير غير مرغوب فيه و مزعج لم

يذكر في هذه النشرة.

6. الحفظ

لا تتجاوز تاريخ انتهاء الصلاحية المدون على العلبة

الخارجية.

في حالة الشك، من الضروري استشارة الطبيب أو الصيدلي.

ب. تحذيرات خاصة:

نتشر في الجسم بأكمله مع

يريدعي داء البثور الطففي

غوب فيها و المزعجة): أخبر

العلاج: إذا ظهر هذا التفاعل، لا

في استعمال مشترك مع نفس

ت. احتياطات الاستعمال:

من المهم إخبار الطبيب في حالة نقص في جلوكوزك، فوسفات.

نازعة الهيدروجين (مرض وراثي نادر مسؤول عن نقص أنزيم

الكريات الحمراء مما يسبب فقر الدم).

في حالة الشك، من الضروري استشارة الطبيب أو الصيدلي.

ث. تفاعلات بين الأدوية و تفاعلات أخرى:

من أجل تفادي تفاعلات محتملة بين عدة أدوية، يجب إبلاغ الطبيب

أو الصيدلي مباشرة عن أي علاج آخر موازي.

ج. الحمل - الرضاعة:

يمكن استعمال هذا الدواء خلال الحمل عند الحاجة. لا يستعمل هذا

الدواء خلال الحمل إلا بنصيحة الطبيب. إذا اكتشفت أنك حامل خلال

العلاج، استشري الطبيب لأنه الوحيد الكفيل بتحديد ضرورة

متابعته.

ينتقل سيرواميسين إلى حليب الأم، و ينصح بعدم الرضاعة

في حالة العلاج بهذا الدواء.

بصفة عامة، خلال الحمل أو الرضاعة، ينبغي دائما استشارة الطبيب

أو الصيدلي قبل استعمال أي دواء.

4. كيف يجب استعمال هذا الدواء

أ. الجرعات:

هذا الدواء خاص بالبالغين.

على سبيل البيان، الجرعة الاعتيادية لعلاج بعض للعدوى هي

كالتالي:

6 إلى 9 م.د. في ظرف 24 ساعة، أي 2 إلى 3 أقراص في اليوم.

في مرتين أو 3 مرات

حالة خاصة: مدة العلاج في بعض حالات التهاب اللوزتين 10

أيام.

للوقاية من بعض للعدوى، الجرعة الاعتيادية هي:

3 م.د. في 12 ساعة لمدة 5 أيام.

في جميع الأحوال، يجب الاحترام التام لوصفة الطبيب.

روقاميسين® 3 م.د.

سيرواميسين

قرص مغلف

يرجى الاطلاع بانتباه على هذه النشرة بأكملها قبل

هذا الدواء. إنها تضم معلومات هامة عن علاجك.

• احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قراءتها من جديد.

• إذا كانت لديك أسئلة أخرى، إذا كان لديك شك، اطلب المزيد من

المعلومات من الطبيب أو الصيدلي.

• لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي. لا تقم بإعطائه

لشخص آخر حتى في حال وجود أعراض مشابهة، لأنك قد تسبب

الضرر له.

1. تعريف الدواء

أ. الاسم:

روقاميسين 3 م.د. أقراص مغلفة.

ب. المكونات:

سيرواميسين 3 م.د. أقراص مغلفة..... 3 000 000 و.د.

المواد: سيليكا غرواي اللاماني، ستيارات المغنسيوم، نشا الذرة

قابل للتحويل إلى جيل، هيدروكسيبروبيلسييلوز،

كاربوكسي ميثيل سيليلوز الصودي، المشك، سايكلو هيكسيل

ميثيل هيدروكسيبروبيلسييلوز، بوليوكسي ميثيلينغليكول 6000. ثاني

أكسيد التيتاني (E171)، لكل قرص مغلف.

ت. الشكل الصيدلي و التقديم

أقراص مغلفة، علب 10 و 16 قرصا.

ث. الصنف الصيدلي العلاجي

هذا الدواء مضاد حيوي و مضاد للجراثيم من فئة ماکروليد.

2. في أية حالات يستعمل فيها هذا الدواء

يوصف هذا الدواء في علاج و الوقاية من بعض للعدوى ذات

جراثيم حساسة.

3. انتباه!

أ. في أية حالات لا يجب استعمال هذا الدواء

لا يجب استعمال هذا الدواء في حالة حساسية معروفة لسيرواميسين.

عامة ما ينصح بعدم استعمال هذا الدواء في حالة الرضاعة (راجع

الحمل و الرضاعة).