

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 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0030137

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9884 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AM RAOUI ABDEKROUB
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél : 0592976107 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : SADDIAH 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) : SADDIAH

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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 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

- 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



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

Déclaration de Ma

N° W19-526850

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2887 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : REFONUE

Nom & Prénom : AMR AOUI Abde Karlen

Date de naissance : 01-01-1954

Adresse : 15 - Rue Vissine - Casablanca

Tél. : (05) 2227 6167 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. QUAZZA HENRI
Médecin Généraliste
98, Rue d'Acad - Casablanca
Tél. 05 22 26 40 32

Date de consultation : 31-10-22

Nom et prénom du malade : BALHOUTI Saadia

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

Nature de la maladie : Bronchopneumonie

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 31/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-526850

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 : 2887
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

SUITE DE LA PAGE PRECEDENTE					
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	
<i>31.10.22</i>	<i>C</i>	<i>1.</i>	<i>200,00</i>	INP : <i>092187483</i>	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'HOPITAL SAH A.U Angle Bd Zerkouri Et Rue D'agadi Casablanca	31/10/22	246,10

[illegible]

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

* 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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX			
						MONTANTS DES SOINS		
						DEBUT D'EXECUTION		
					FIN D'EXECUTION			

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
<p>The diagram shows a top-down view of upper and lower dental arches. Teeth are numbered 1 through 8 on each side, starting from the midline. The vertical axis is labeled H at the top and B at the bottom. The horizontal axis is labeled D on the left and G on the right.</p>	H		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	25533412 00000000	21433552 00000000		
	D	G		
	00000000 35533411	00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
			DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN AT

Dr Henri QUAZZA
Médecine Générale
ECHOGRAPHIE
Diplômé de Paris
93 rue d'Agadir
Casablanca
Tel 022 26 30 32

دكتور هنري كوازا
الطب العام
الفحص بالصدى الصوتي
خريج جامعة باريس
93 زنقة اكادير
الدار البيضاء
الهاتف 022 26 30 32

Casablanca le 31.10.22

في الدار البيضاء

BARHOUMI Saeed

60,00

Orapel 20 SV

3 q [a 6 fois à midi

au milieu des refs.

8370

Roxol 300 ou Romal 300 SV

1 q [

32,60

Maxol

2 x 1

SV

ceste

PHARMACIE DE L'HOPITAL SAEED
Angle Bd Zekouni Et Rue D'Agadir
Casablanca

Inero 40

6980

24610

1 q le matin à jeun SV

LOT: M0702
FER: 02/2024
NPU: 69.80 DH

Dr. QUAZZA HENRI
Médecin Générale Echographie
93, Rue d'Agadir Casablanca
Tél: 0522 26 30 32

UTILISATEUR

primés pelliculés

primés pelliculés

cine

avant de prendre ce médicament.

re.

demandez plus d'informations à votre

it. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même être nocif.

si vous remarquez un effet indésirable non mentionné votre pharmacien. Voir la rubrique 4.

liculés et dans quel cas est-il utilisé ?

avant de prendre ROMAC® comprimés pelliculés ?

pelliculés ?

els ?

nés pelliculés ?

és pelliculés ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

MIQUE, code ATC : J01FA06.

antibactérien de la famille des macrolides.

certaines infections bactériennes à germes sensibles (pouvant être

ATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE ROMAC®

saies avant la prise du médicament :

comprimés pelliculés dans les cas suivants :

thromycine, aux antibiotiques de la famille des macrolides ou à l'un des
s ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

ment, assurez-vous que l'association avec :

ne n'est pas contre-indiqué (voir la rubrique « Autres médicaments et

Tel est le cas lors de l'association avec la colchicine, l'ergotamine

isapiride (voir rubrique « Allaitement »).

demandez l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

pharmacien avant de prendre ROMAC® comprimés pelliculés.

du de toute autre maladie du foie. Votre médecin réévaluera la
traitement.

de des vaisseaux sanguins (ergotisme) avec possible
(nécrose) a été rapportée avec les antibiotiques de la famille des
certains médicaments utilisés contre la migraine (l'ergotamine et

ce d'un traitement par ces médicaments avant toute prescription de
autres médicaments et ROMAC® comprimés pelliculés »).

ques » sur la peau) ont été rapportées avec la roxithromycine (voir
indésirables éventuels ? »). Si de tels symptômes apparaissent, arrêtez

és.

ecin si vous AVEZ :

(modification de l'activité cardiaque diagnostiquée à l'électrocardio-

LUT 10122007
PER: 04/2024
PFV: 83.70 04

SOU

esse

ent

ROMAC® 300 mg

7 Comprimés pelliculés



Effets sur la capacité de conduire et l'utilisation des m

La prise de ce médicament peut provoquer des sensations dangereuses la conduite automobile ou l'utilisation de certa

Informations importantes concernant certains composants de ROMAC® comprimés pelliculés

3. COMMENT PRENDRE ROMAC® comprimés pelliculés ?

Instructions pour un bon usage :

Sans objet.

Posologie, mode et/ou voies (s) d'administration, fréquence d'administration et durée du traitement :

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

Posologie :

Réserve à l'adulte : 300 mg par jour, soit 1 comprimé à 150 mg matin et soir ou 1 seul comprimé de 300 mg par jour de préférence avant les repas.

Mode et voie d'administration :

Voie orale.

Durée du traitement :

Pour être efficace, cet antibiotique doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites, et aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé.

La disparition de la fièvre ou de tout autre symptôme ne signifie pas que vous êtes complètement guéri. L'éventuelle impression de fatigue n'est pas due au traitement antibiotique mais à l'infection elle-même. Le fait de réduire ou de suspendre votre traitement serait sans effet sur cette impression et retarderait votre guérison.

Cas particulier : la durée du traitement de certaines angines est de 10 jours.

Si vous avez pris plus de ROMAC® comprimés pelliculés que vous n'auriez dû :

Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre ROMAC® comprimés pelliculés :

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose simple que vous avez oublié de prendre.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin, à votre pharmacien ou à votre infirmière.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Des manifestations digestives peuvent survenir :

Fréquemment nausées, vomissements, douleurs d'estomac, diarrhées. Des pancréatites et des diarrhées sanglantes ont également été rapportées (voir rubrique « Avertissements et précautions »).

Des manifestations cardiaques :

Troubles du rythme ventriculaire (troubles du rythme cardiaque), arrêt cardiaque.

Des manifestations neurologiques :

Fréquemment sensations vertigineuses, maux de tête ; anomalies de la perception des sensations du toucher, perte ou perturbation du goût et de l'odorat.

Des manifestations au niveau de l'oreille :

Surdité temporaire, baisse de l'acuité auditive (hypacousie), vertige, sensation anormale dans l'oreille à type de bourdonnements ou de sifflements (acouphène).

Des manifestations au niveau du foie :

Augmentation des enzymes du foie (transaminases et phosphatases alcalines sériques), hépatite (atteinte du foie pouvant se manifester par une jaunisse).

Des manifestations allergiques peuvent survenir :

Fréquemment, une éruption cutanée (sur la peau).

Peu fréquemment, une urticaire (plaques rouges sur la peau qui démangent), des réactions bulleuses (« cloques » sur la peau) (voir rubrique « Avertissements et précautions »). Un purpura (bleus ou petites