

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0030137

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2887 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AMR ASWI ABDE KALE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0592976167 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : SAAIDA 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) : SAAIDA

## 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.

# 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



**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

REFONNE

Ab de Kasten

Actif

Pensionné(e)

Autre :

AMRAOUI

Nom & Prénom :

01-01-1954

Date de naissance :

15 - Rue Visniki - Casablanca

Adresse :

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

31.10.22

Nom et prénom du malade :

BALHOUTI Saadia

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Problème fibroses

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli au médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca

Le : 120

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 :

#### **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
31.10.22	C	1	200,00	INP : 691137473 93, Rue de Tél: 04 42 55 10 00 

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'HOPITAL sarl A.U Angle Bd Zemmoura Et Rue D'agadir Casablanca	31/10/22	246,10

## **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
		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.

## **RELEVE 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 : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

D  $\leftarrow$  G      B  $\downarrow$

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch (maxilla) showing tooth positions numbered 1 through 8 in each quadrant. The arch is oriented vertically, with the upper teeth pointing upwards and the lower teeth downwards. A horizontal line labeled 'D' extends from the left side of the arch, and a vertical line labeled 'H' extends upwards from the top center. A vertical line labeled 'B' extends downwards from the bottom center.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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  
دار البيضاء  
الهاتف 022 26 30 32

Casablanca le 31.10.22

في الدار البيضاء

60,00

Orafeel 90 SV

3 qf L à 6 fois à pied  
deux nettoies des reffs.

8370

Roxoleïd 300 sur Romal 300 SV

1 qf L

32,60

-Maxol

2 x 1

SV

eeette

FARMACEUTIQUE DE L'HOPITAL SAINTE MARIE  
Angle Bd Zekkouini Et Rue D'Agadir  
Casablanca

Inero 40

69,80

24610

1 qf de neutrie à jettee

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

LOT: M0702  
PER: 02/2024  
PPU: 69,80 DH



JTILISATEUR  
primés pelliculés  
primés pelliculés  
cine

vant de prendre ce médicament.

demander 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.

lculés et dans quel cas est-il utilisé ?  
vant de prendre ROMAC® comprimés pelliculés ?

ils ?  
nes pelliculés ?

#### LES 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

#### AVERTISSEMENTS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE ROMAC®

aires avant la prise du médicament :

##### **comprimés pelliculés dans les cas suivants :**

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

ment, assurez-vous que l'association avec :

ne n'est pas contre-indiquée (voir la rubrique « Autres médicaments et  
Tel est le cas lors de l'association avec la colchicine, l'ergotamine

lisapride (voir rubrique « Allaitement »).

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

ancien avant de prendre ROMAC® comprimés pelliculés.

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

re des vaisseaux sanguins (ergotisme) avec possible  
nérose) a été rapporté 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 tels symptômes apparaissent, arrêtez  
les.

jeune si vous avez :

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

LOT : 10122007  
PER : 04/2024  
PPV : 83,73-D4

sou  
sse  
end

**ROMAC® 300 mg**

7 Comprimés pelliculés



6 118000 230274

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

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

**Informations importantes concernant certains composants de ROMAC® comprimés pelliculés.**

Sans objet.

#### **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:**

Réservez 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 infirmier/ère.

#### **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 sanguinolentes 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 (hypacusie), 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 démontent), des réactions bulleuses  
(« cloques » sur la peau) (voir rubrique « Avertissements et précautions »). Un purpura (bleus ou petites