

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- 0034251

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 4161		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HILIA HAKIMA			
Date de naissance :			
Adresse : 173 Bd Roudani m-VL GSA			
Tél. :		Total des frais engagés :	
Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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) :

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.

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

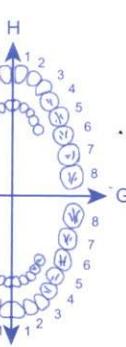
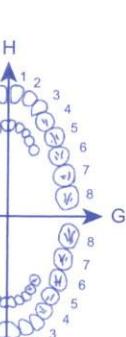
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important

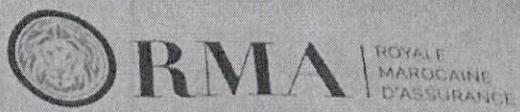
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Siège social
83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc
Tél : 0522 31 21 63 - 0522 31 01 69 - Fax : 0522 31 38 84
SA au capital de 1.795.170.000 DH - Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances
www.rmaassurance.com



تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type de déclaration

- Maladie Maternité Optique Clinique Traitements spéciaux

N° d'affiliation

Intermédiaire :

Souscripteur :

Cachet du souscripteur :

MAROC-BUREAU

N° de police :

Adresse :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

KAMEL - KACHID

Adresse :

179 Bd Brahim Roudani n° 101 C 601

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom :

KAMEL KACHID

Lien de parenté :

111

Montant des frais engagés :

DHS

215490

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

Fait à

, le

14/10/1997 Signature de l'assuré(e)

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT
MELOXAM® 7,5 mg et 15 mg PROMOPHARM, Boîtes de 7, 14 et 28 comprimés

MELOXAM® 7,5 mg et 15 mg PROMOPHARM, Boîtes de 7, 14 et 28 comprimés

Méloxicam (DCP)

Excipients : Cérolac tamponnée par monohydroxybenzoate, sucre d'orge, lactosemethylcellulose adoucissante.

Jusqu'à des excipients à effet thérapeutique.

2. COMPOSITION DU MEDICAMENT

Méloxicam (DCP)

Excipients : Cérolac tamponnée par monohydroxybenzoate, sucre d'orge, lactosemethylcellulose adoucissante.

Jusqu'à des excipients à effet thérapeutique.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

MELOXAM PROMOPHARM est un

AINS.

INDICATIONS

MELOXAM PROMOPHARM est indiqué

chez les adultes d'arthrose et dans le

traitement inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde).

TOXICOLOGIE

MEDECIN VOUS A ETE PERSONNELLEMENT DELIVRE DANS UNE

INDICATION PRECISE.

NE PEUT ETRE ADAPTE A UN AUTRE CAS.

NE PAS LE CONSEILLER A UNE AUTRE PERSONNE.

TOUT LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DU

MEDECIN.

chez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas de doute,

chez votre médecin ou votre pharmacien.

ne habituelle est

chez quelques d'arthrose

une fois par jour. Elle peut être augmentée jusqu'à 15 mg une fois par jour.

chez rhumatisme

ne fois par jour. Elle peut être réduite à 7,5 mg une fois par jour.

chez artrose, arthrose

ne fois par jour. Elle peut être réduite à 7,5 mg une fois par jour.

ritmes doivent être avalés avec de l'eau, ou un autre liquide, au cours d'un

EPASSER LA POSOLOGIE DE 15 mg PAR JOUR.

des informations numérotées sous le titre « Faites attention avec MELOXAM

PROMOPHARM » s'applique à vous, votre médecin peut limiter la dose à 7,5 mg une

PROMOPHARM ne doit pas être administré chez les enfants de moins de

chez que l'effet de MELOXAM PROMOPHARM est trop fort ou trop faible,

plusieurs jours vous ne ressentez aucune amélioration de votre état,

chez médecin ou à votre pharmacien.

INDICATIONS

chez MELOXAM PROMOPHARM, comprimé dans les cas suivants :

chez trimestre de la grossesse,

les enfants de moins de 15 ans,

sensibilité au méloxicam,

sensibilité à l'aspirine ou à d'autres médicaments anti-inflammatoires

sensibilité) à l'un des composants de MELOXAM PROMOPHARM

présenté l'un des signes suivants après avoir pris de l'aspirine ou

chez, oppression respiratoire, difficulté à respirer (asthme),

chez due à des petits renflements de la muqueuse nasale (polypes

nasales / urticaire,

chez des tissus sous la peau et les muqueuses, tel qu'un

chez des yeux, du visage, des lèvres, de la bouche ou de la gorge,

chez la respiration difficile (œdème de Quincke),

chez, après un traitement avec des AINS :

de l'estomac ou des intestins,

de l'estomac ou des intestins,

chez de l'estomac ou des intestins

chez ou de saignements récidivants de l'estomac ou des intestins

chez s'étant produit au moins deux fois),

chez sévère

peut entraîner les

en façon exacerbée),

rouge du sang),

int gonflement des

peis que gonflements

à la gorge, rendant

exemple élévation des

coloration du pigment biliaire,

chez une analyse sanguine,

exemple augmentation de

- perte d'appétit

- Tout effet indésirable

- saignements

- ulcération du b

Les saignements sont

d'ulcères ou l'apparition

sevères et d'évoluantes (leucocytopénie),

informez immédiatement

tels symptômes de

anti-inflammatoires

amené à suivre tou

Si vous présentez d

Effets indésirables

supérieure de l'intestin grêle (ulcères

stéroïdiens (AINS)).

L'utilisation de certains

s'accompagne, chez les personnes qui sont allergiques à

longue durée, d'un

événements : thrombes de cloques ou de décollement de la peau

(infarctus du myocarde de Lyell).

Des retentions de

(hypertension) et u

traitement par AINS.

Les effets indésirables (conjunctivite),

(érythème gastr

• ulcères de l'estomac 10 000

peptiques/gastro-déns bulleuses) et érythème polymorphe.

• perforation de la

allergique grave de la peau, provoquant des

en particulier chez ou des bulles à la surface de la peau. Cette

Les effets indésirables, les yeux et les autres muqueuses.

• sensation de malais entraîner les symptômes suivants

• selles molles (diabète oculaires (jaunisse),

• flatulence,

• constipation,

• indigestion (dyspepsie les patients ayant des facteurs de risque

• douleurs abdominales ou une maladie rénale.

• selles de colorat

• vomissement de

• inflammation de l

• aggravation des

• aggravation des actions anaphylactiques / anaphylactoides),

Crohn), exposition à la lumière solaire (réactions de

Moins fréquentes

Effets indésirables en association avec un traitement par AINS.

PROMOPHARM (poudres blanches (agranulocytose), en particulier

Très fréquents : tAM PROMOPHARM en même temps que

• indigestion (dysphagiques, dépresseurs ou destructeurs des

• sensation de malais myélotoxiques). Ceci peut entraîner :

• douleurs abdominales

• constipation,

• flatulences,

• selles molles (diabète médicaments anti-inflammatoires

Fréquents : toucher observés après la prise de MELOXAM

• céphalées.

Peu fréquents : fait une insuffisance rénale aiguë.

• dans les

• mort d

• proté

Si vous

certaines

votre pr

8. MISE

Mises e

Les me

risque à

l'entoura

la duré

Ne pas

Si vous

cérébral

vous s

pharm

• si v

• si v

• si v

• si v

Vous d

apparir

mucique

et pren

Arrêtez

vous n'

ulcérati

MELOX

MELOX

flévril. S

MELOX

devez i

des d

Prise

Comme

à votre

• antéc

(gastri

hémorr

• pressi

• si vous

• malad

• taux é

• volum

beaucou

pas d'

• intol

contient

• taux é

Votre m

trai

EN CAS

OU DE

mg

9. INTE

Interact

Ge-méd

Vous n'

médican

Lisez at

assurer

Veuillez

récem

En part

avez pri

• autres

• médica

• médica

• médici

allergiq

• diabop

• médica

Votre m

diurétic

• médica

• lithium

• inhib

traiteme



700221 322994

06-21 09:00-10:00

28

76.8°

Nature des prestations

En cas d'accident
(premier causes et circonstances)

Nature de la maladie

Caso de negativo

Partie réservée au praticien traitant

Gumby

Pharmacie

Date	Montant
18/10/22	704150

Signature & cachet

PHARMACIE DE LA CHAPELLE
4 AVENUE DE LA CHAPELLE
TÉL. 01 34 47 51 70 - 01 32 61 21 02
FAX 01 34 47 51 70

Recommandations importantes

Etablir une déclaration par personne et par maladie.

La déclaration doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives (ordonnances médicales, résultats des examens de radiologie et laboratoire).

Joindre à la déclaration de maladie les vignettes ou à défaut les prospectus et le P.P.M. concernant les médicaments.

Si la personne malade bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement livré par cet organisme.

cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : joindre une facture détaillée et dûment rédigée sur laquelle devra être précisé l'ensemble des prestations.

De remise des pièces : toutes les pièces concernant une maladie ou un accident de la vie quotidienne ou de la convalescence des soins.



Dr. Mustapha AKINI
Spécialiste en Radiologie
Laureat de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex enseignant à la Faculté de
Médecine

M. AZ EL-Arab BERRADA
Spécialiste en Radiologie
Enseignant à la Faculté de
Médecine

Hakima BENKIRANE
Benjelloun
Spécialiste en Radiologie
Bâtie de la Faculté de
Médecine de Nancy
attachée au CHU Ibnou Rochd
Université de Paris
Algérie de la femme

ad HANAFI
Spécialiste en Radiologie
de la Faculté
de Médecine de Bruxelles
Centre hospitalier
Universitaire de Paris
Secteur Conventionnelle
Secteur Non Conventionnelle

PATIENT : KAMEL KHALID
MEDECIN TRAITANT : DR. HATTOMA NABIL
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX. DES 2 GENOUX F/P
A.

Casablanca le 03/10/2022

Mise en évidence d'un pincement fémoro-tibial et fémoro-patellaire plus prononcé au niveau des versants internes associé à une ostéosclérose sous chondrale et à une ostéophytose marginale modérée.
Absence de modification des parties molles péri-articulaires.
Absence d'ostéo-chondrome intra-articulaire.

Conclusion :
Gonarthrose bilatérale modérée.

Confraternellement
DR BENKIRANE H.
INPE : 091023531

N/B : Pour visualiser les images et le compte rendu de ce patient sur votre PC,
utilisez le lien :

<http://105.159.250.200:8088/images>

Login : AK474477

Mot de Passe : AKI78023

mp
lé Multi-barettes
io-Vasculaire
nérale Numérique
le/Tomosynthèse
oppler Couleur
D, 4D
orphologique

CENTRE DE RADILOGIE
ABOUMADI

مركز الطب الاشعاعي
أبو ماضي



Nom & prénom : KAMEL KHALID

FACTURE N° : 22/019380

Date : 03/10/2022

	<u>Montant</u>
camen	600,00
DEFILLES F EM PATEL 30°, 60°, 90°	600,00
ES 2 GENOUX F/P	600,00
	<u>Total Montant</u>
	1 200,00

Présente Facture à la somme de:
LE DEUX CENT DIRHAMS

:TPE Le 03/10/2022

bancaire

RADIOLOGIE
ABOUMADI
Casablanca

DR MATHIEU

DR MATHIEU

REMARQUE

CHRONIQUE

Ce matin après la réception d'un

MESSAGE INÉDITABLE ET BRUTALE DE MATHIEU

Ce matin après la réception d'un

MESSAGE

(1)

(2)

PROCHAIN RDV LE :

ME KANDEL'SHALI

MANITOMA

1995-1996

Die Preisträger SVP:

BY DLS 2 GE MONIX ACCE ET PSONL EN CHARGE

IMOC INC. REMOVED PARALLEL AIR DUCTS AT GALLIE 300' - 60' - 90'

zzdz/60/02

ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਣੀ ਲੰਗ ਛਪਣ

FEUILLE DE DECOMpte DESTINEE A L'ASSURE

Employeur	MAROC BUREAU			Ref (C / V)	02947068		Page 1/1
Assuré	KAMEL KHALID			N° Extérieure	:		
N° Affiliation	00130839 00 002525			Date ouverture	20/10/2022		
Personne soignée	KAMEL KHALID			Date règlement	21/10/2022		
N° sinistre	2022023 00						
Nature de la maladie	:						
Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement	
CONSULT. SPEC.	0	0	250.00	250.00	65.00	162.50	
LABO-ANAL	0	0	1200.00	1200.00	65.00	1020.00	
PHARMACIE	1	0	704.90	107.90	65.00	91.72	
TOTAL			2154.90	1557.90			1324.22
1-1: PRODUIT.....: NON REMBOURSABLE (.....)							Montant à Rembourser
							1324.22

Siège social

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc
 Tél. : 05 22 31 21 63 - 05 22 31 01 69 - Fax : 05 22 31 38 84
 S.A. au Capital de 1.796.170.800 de DH - R.C. 15.207 - C.N.S.S. 111.6666
 PATENTE : 35101950 - I.F. 01084830 - ICE : 001530601000041
 Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances
www.rmaassurance.com



ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

FEUILLE DE DECOMPTE DESTINEE A L'ASSURE

Employeur	: MAROC BUREAU						Page 1/1
Assuré	: KAMEL KHALID			Réf (C / V)	: 02947068		
N° Affiliation	: 00130838 00 002526			N° Exème	:		
Personne soignée	: KAMEL KHALID			Date ouverture	: 20/10/2022		
N° sinistre	: 2022025 00			Date règlement	: 21/10/2022		
Nature de la maladie							
Nature des Prestations	Cotation NLT	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement	
CONSULT.SPEC.	0	0	260.00	260.00	65.00	212.50	
LABO-ANAL	0	0	1200.00	1200.00	65.00	1020.00	
PHARMACIE	1 0	0	704.90	107.90	65.00	91.72	
TOTAL			2154.90	1587.90		1324.22	
1-1: PRODUIT.....: NON REMBOURSABLE (.....)							Montant à Rembourser
							1324.22

FOR-ON/004 VERSION 01 DU 15/07/1998

Siège social

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc

Tél. : 05 22 31 21 63 - 05 22 31 01 69 - Fax : 05 22 31 38 84

S.A. au Capital de 1.796.170.800 de DH - R.C. 15.207 - C.N.S.S. 111.6666

PATENTE : 35101950 - I.F. 01084830 - ICE : 001530601000041

Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances

www.rmaassurance.com

**RMA**ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE**FIEUILLE DE DECOMPTE DESTINEE A L'ASSURE**

Employeur	MAROC BUREAU						Page 1/1
Assuré	KAMEL KHALID						
N° Affiliation	00130838 00 002525						
Personne soignée	KAMEL KHALID						
N° sinistre	2022025 00						
Nature de la maladie							
Nature des Prestations	Cotation H.T.	Cotation N.A.P.	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement	
CONSULT.SPEC.	0	0	250.00	250.00	85.00	212.50	
LABO-ANAL	0	0	1200.00	1200.00	85.00	1020.00	
PHARMACIE	1	0	704.90	107.90	85.00	91.72	
TOTAL			2154.90	1587.90		1324.22	
II-1: PRODUIT..... : NON REMBOURSABLE(.....)						Montant A Rembourser	
						1324.22	

FOR-004-V04 VERSION 01 DU 15/07/1998