

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



Déclaration de Maladie

N° W19-582141

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6940 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : KHALID

Nom & Prénom : AOUAD

Date de naissance : 17/10/1957

Adresse :

Tél. : 0654430 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : 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 : / /

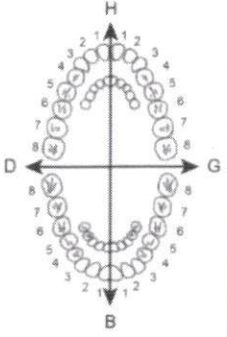
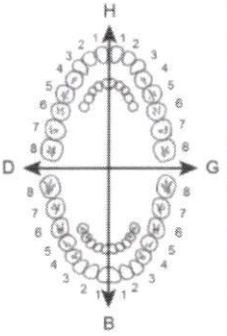
Signature de l'adhérent(e) : /

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	

RELEVÉ 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

Partie réservée à RMA

Date(s) de réception du courrier

1	2	3	4

Identification

N° du sinistre										
	CP									

Ordonnancement

I.C.	D.D	D	C.C

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

www.rmaassurance.com



RMA

ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type de déclaration

☒ Maladie ☐ Maternité ☐ Optique ☐ Clinique ☐ Traitements spéciaux

N° d'affiliation : [] Intermédiaire : []

Souscripteur : BPEL Cachet du souscripteur : []

N° de police : 1402 080 / 103 Tél: +212 522 47 01 76 / 47 02 79 / 22 97 56

Adresse : 74 Rue Jean Jaures Casablanca Fax: +212 522 29 68 61

CNRS N°: 2202689 CCF N°: 0000210580003R

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom : EL HABZI CHADIA

Adresse : BPEL

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : EL HABZI CHADIA Lien de parenté : MR

Montant des frais engagés : 1357,20 DHS

Par le biais de cette déclaration, RMA - Royale Marocaine d'Assurance collecte vos données personnelles en vue de la gestion traitement de vos demandes de remboursement.

Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation auprès de la CNDP sous le numéro A-A-133/2013.

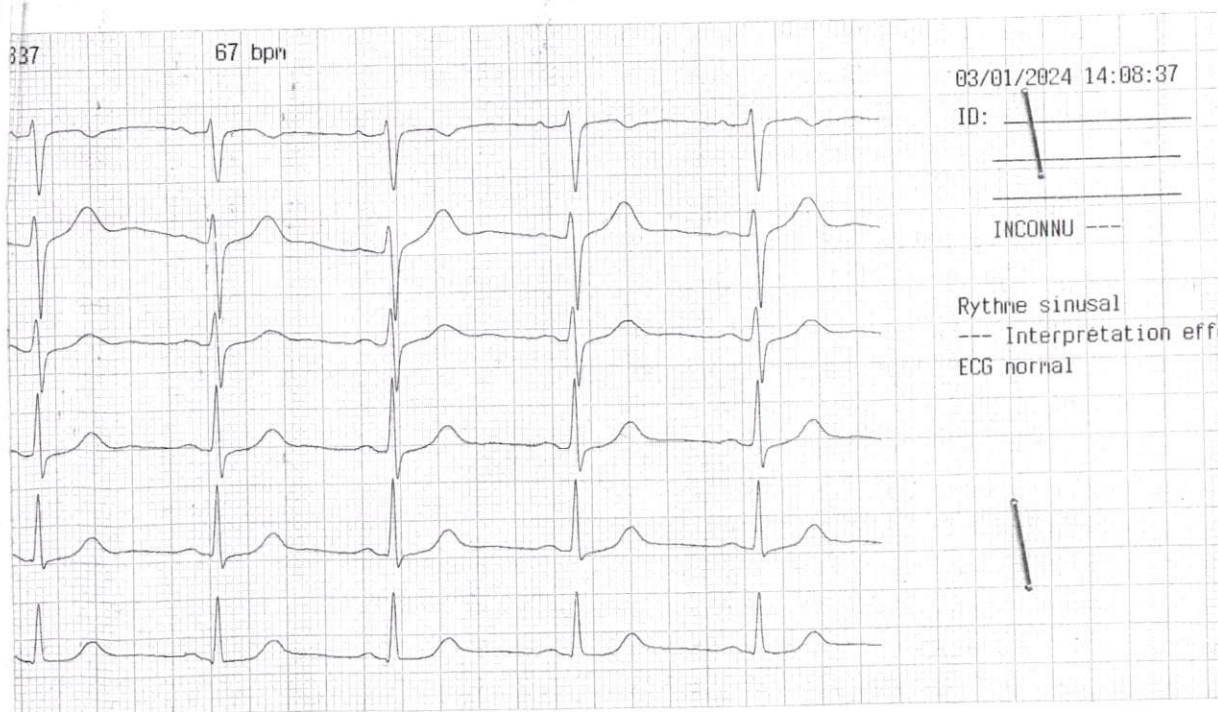
Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08, vous pouvez vous adresser par courrier au délégué à la protection des données à l'adresse suivante : RMA - Audit Interne et Maîtrise des Risques / DP - 83 Avenue de l'Armée Royale - 20000 Casablanca - Maroc ou en envoyant un mail à l'adresse suivante : dpo@rmaassurance.com

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

Fait à Casa, le 12/01/2024 Signature de l'assuré(e)

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
Prescripteur	23.01.24	M + ELG	300pp		Dr. YOUSSEF LAMSI CARDIOLOGUE 100 Bd Oum El Hassam Casablanca - Tel: 05 22 98 86 73
Fournisseurs médicaux					
Analyses et graphies					

Factures		Signature & cachet
Date	Montant	
03/01/2024	1057,20	



HYTACAND® 8mg/12,5mg, comprimé

HYTACAND® 16mg/12,5mg, comprimé

candésartan cilexetil/hydrochlorothiazide

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interroger votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que HYTACAND®, comprimé et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre HYTACAND®, comprimé ?
3. Comment prendre HYTACAND®, comprimé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver HYTACAND®, comprimé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations

1. QU'EST-CE QUE HYTACAND, comprimé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Le nom de votre médicament est HYTACAND. Il est utilisé pour traiter la pression artérielle élevée (hypertension artérielle) chez les patients adultes.

Il contient deux substances actives : le candésartan cilexetil

- si vous avez déjà eu une crise de goutte.
- si vous avez du diabète ou une insuffisance rénale et que vous êtes traité(e) par un médicament contenant de l'aliskiren pour diminuer votre pression artérielle.

Si vous n'êtes pas certain(e) que l'une de ces situations vous concerne, parlez-en avec votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre HYTACAND.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre HYTACAND :

- si vous êtes diabétique.
- si vous avez des problèmes cardiaques, hépatiques ou rénaux.
- si vous avez récemment subi une transplantation rénale.
- si vous avez des vomissements, que vous avez récemment eu des vomissements importants ou si vous avez de la diarrhée.
- si vous souffrez d'une maladie de la glande surrénale appelée syndrome de Conn (ou aussi appelé hyperaldostérionisme primaire).
- si vous avez déjà eu une maladie appelée le lupus érythémateux disséminé (LED)
- si votre pression artérielle est basse.
- si vous avez déjà eu un accident vasculaire cérébral.
- si vous avez déjà eu une allergie ou de l'asthme.
- vous devez informer votre médecin si vous pensez être (ou susceptible de devenir) enceinte.

HYTACAND est déconseillé en début de grossesse, et ne doit pas être pris si vous êtes enceinte de plus de 3 mois, car cela pourrait nuire gravement à votre enfant en cas

6. Contenu de l'emballage et autres informations
5. Comment conserver HYTACAND®, comprimé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
3. Comment prendre HYTACAND®, comprimé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre HYTACAND®, comprimé et dans quel cas est-il utilisé ?
1. Qu'est-ce que HYTACAND®, comprimé ?

Que contient cette notice :
pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
le donnez pas à d'autres personnes.
• Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes.
• Si vous avez d'autres questions, interroger votre médecin ou votre pharmacien.
• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

HYTACAND® 8mg/12,5mg, comprimé

HYTACAND® 16mg/12,5mg, comprimé

Docteur Youssef DRISSI

Spécialiste des maladies
du Cœur et des Vaisseaux

Ancien Médecin Interne
des Hôpitaux de Paris

- Holter tensionnel
- Holter rythmique
- Epreuve d'effort
- Echo-doppler
- cardiaque couleur



الدكتور يوسف الإدريسي

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

مستشفيات باريس

معي بالآلوان

بولتر

SYNTHEMEDIC
22 rue soussier benou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND
16 mg/12.5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21NRQ P.P.V: 176,20 DH
6 118001 020898

Casablanca, le 03.0

SYNTHEMEDIC
22 rue soussier benou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND
16 mg/12.5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21NRQ P.P.V: 176,20 DH
6 118001 020898

DL HASSANI ip. AOUAD

18670 x6

Hytacand 16/12.5

SYNTHEMEDIC
22 rue soussier benou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND
16 mg/12.5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21NRQ P.P.V: 176,20 DH
6 118001 020898

1 x 1/3 x 6 m

Relaxium 375

SYNTHEMEDIC
22 rue soussier benou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND
16 mg/12.5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21NRQ P.P.V: 176,20 DH
6 118001 020898

1 x 1/3 x 6 m

SYNTHEMEDIC
22 rue soussier benou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND
16 mg/12.5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21NRQ P.P.V: 176,20 DH
6 118001 020898

1057,20

SYNTHEMEDIC
22 rue soussier benou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND
16 mg/12.5 mg Cpr
Bte de 30
29 DMP/21NRQ P.P.V: 176,20 DH
6 118001 020898

100, شارع أم الربيع - إقامة الأفق - الحي الحسني - الدار البيضاء

100, bd. Oum Rabii - Résidence Al Ofoq (près de la Polyclinique CNSS) Hay Hassani - Casablanca

Tél./Fax : 0522 93 86 00 : الهاتف - E-mail : ydrissi@hotmail.com - Urgences : 0661 08 02 82 : المستعجلات

Siège social

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

Tél : 0522312163/ 0522310169 Fax : 0522313884

S.A au capital de 1.774.400.800 DH – entreprise régie par la loi n° 17-99 portant le code des assurances

www.rmaassurance.com



RMA

ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

FEUILLE DE DECOMPTE DESTINEE A L'ASSURE

Employeur:	BPEC	Mode Paiement:	Virement compte assuré
Assuré:	EL HABZI CHADIA	Référence:	1961584
N° Affiliation:	0040208000 7	Date réception Lot:	19/01/2024
Personne soigné:	EL HABZI CHADIA	N° externe:	
N° sinistre:	2401119690	Date survenance:	03/01/2024
Nature de la maladie:		Date ouverture:	23/01/2024
		Date règlement:	26/01/2024

Famille prestation	Coef. Présenté	Coef. Remb	Frais Engagés	Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant de remboursement
1. Consultation			300,00	300,00	80,00	240,00
2. Pharmacie			1 057,20	1 057,20	80,00	845,76
TOTAL			1 357,20	1 357,20		1 085,76