

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.

COMPLEMENT

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6940	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KHALID
Nom & Prénom : AOUAD		Date de naissance : 11/10/1957	
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 :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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) :



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
.....	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

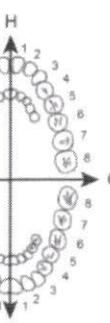
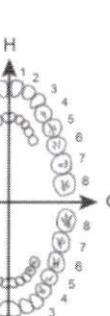
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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			
	H <hr/> D	G <hr/> B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412 00000000	21433552 00000000		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	00000000 35533411	00000000 11433553		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				
				

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

Date(s) de réception du courrier			
1	2	3	4

Identification

N° du sinistre			CP
----------------	---	---	----

Order enhancement

Siège social

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc
Tél. : 0522 31 21 63 - 0522 31 01 69 - Fax : 0522 31 38 84

www.rmaassurance.com



ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type de déclaration

Maladie Maternité Optique Clinique Traitements spéciaux

N° d'affiliation : Intermédiaire :

Souscripteur : BPEC Cachet du souscripteur :

N° de police : 1-02-080 / 03 Tél: +212 522 47 01 76 / 47 02 79 / 22 97 56

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom : EL HABZI CHADIA

Adresse : BPEC

Benseignements concernant le malade

Nom et prénom : EI HABZ | CHADIA | Lien de parenté : M

.....

En tant que Société de Mutualisation, RMA - Reviela Marocaine d'Assurance collecte vos données personnelles en vue de la gestion

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

M. M. _____ déclare que l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

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

tie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : EL HABZI EPAOUD CHADIA

Date de naissance :

ure de la maladie : HT A

cas d'accident :

(écrire causes et circonstances)

ure des prestations

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
docteur	03.01.24	Am	Oral	30000	DR. YOUSSEF SALMA CARDIOLOGUE 100 Bd Oum Kalthoum Casablanca - Tel: 0522 98 86 00
liaires					
graphiques					

Pharmacie

Factures

Date

Montant

03/01/2024

1057,00

Signature & cachet



03/01/2024 14:08:37

ID: _____

INCONNU ---

Rythme sinusal
--- Interprétation eff
ECG normal

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

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 :

- Quel est le contenu de 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.

Il contient deux substances actives : le candésartan cilexétam.

- 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 hyperaldostéronisme 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 pourraient nuire gravement à votre enfant en cas d'accouchement.

Docteur Youssef DRISSI

Spécialiste des maladies
du Coeur et des Vaisseaux

Ancien Médecin Interne
des Hôpitaux de Paris

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



الدكتور يوسف الإدريسي

احفظ على في أمراض القلب والشرايين

ستشفى باريس

صدى بالألوان
بولتر.

SYNTHEMEDIC
22 rue soukair bno al souam 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 13.0

SL Hassan ip. David Hay

18670 x 6

Hytacland 16/11/2011



18/11/2011 x 6 mois

Ritardum 375

Agé 11 mois

1057,20



SYNTHEMEDIC
22 rue soukair bno al souam 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

SYNTHEMEDIC
22 rue soukair bno al souam 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

SYNTHEMEDIC
22 rue soukair bno al souam 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



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:			

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