

# 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'Hi-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 Maladie

M23-009823

204699

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6940

Société : Ram

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AQUAD

Date de naissance : 14-10-1937

Adresse :

Tél. : 0654 430668

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 :

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





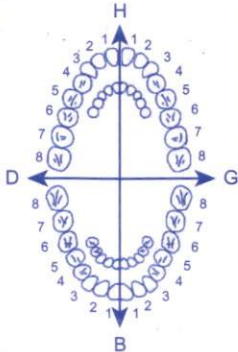
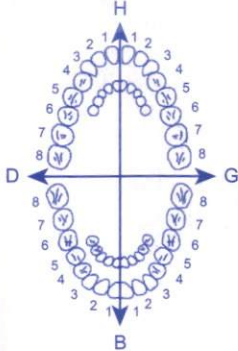
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

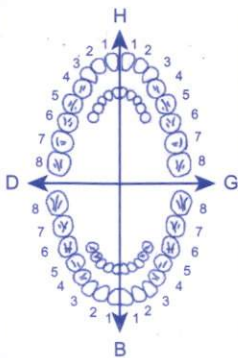
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

A diagram of a circular arch bridge. The bridge is symmetrical about a vertical centerline. The top of the arch is labeled 'H' and the bottom is labeled 'B'. The bridge is divided into sections by piers. The piers are numbered 1 through 8 on both sides of the centerline. The spans between the piers are numbered 1 through 7 on both sides. The bridge is supported by a central pier and two side piers. The diagram shows the bridge's structure and the numbering of its components.

MONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
	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



تصريح بالمرض  
Déclaration de maladie

Type de déclaration	
<input checked="" type="radio"/> Maladie	<input type="radio"/> Maternité <input type="radio"/> Optique <input type="radio"/> Clinique <input type="radio"/> Traitements spéciaux
N° d'affiliation	7 Intermédiaire : .....
Souscripteur : BREL	Cachet du souscripteur : .....
N° de police : 492080/100	
Adresse : 71 rue Jean Jaurès	

Renseignements concernant l'assuré(e)	
Nom et prénom : EL HABZI CHADIA	
Adresse : BREL	

Renseignements concernant le malade	
Nom et prénom : EL HABZI CHADIA	Lien de parenté : MM

Montant des frais engagés : 1370,5	DHS
------------------------------------	-----

Par le biais de cette déclaration, RMA - Royale Marocaine d'Assurance collecte vos données personnelles en vue de la gestion et 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 / DPO - 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 Casablanca, le 01/03/24 Signature de l'assuré(e)



Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : M<sup>r</sup> EL HABZI Chadi  
Date de naissance : 12.03.1972  
Nature de la maladie : aff. rhumatismale  
En cas d'accident :  
(préciser causes et circonstances)

Nature des prestations

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
Médecin traitant	17/02/24	C2	Oui	G	
	22/02/24	C2	Oui	380DH	
Auxiliaires médicaux					
Analyses et radiographies	19/02/24	B358			

Pharmacie

Factures		Signature & cachet
Date	Montant	
22/02/24	526,50	

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.
  - Lorsque 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 délivré par cet organisme.
  - En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : joindre une facture détaillée et dûment acquittée sur laquelle devra être précisé l'ensemble des prestations.
  - Délai de remise des pièces : toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent être remises à l'assureur trois mois au plus tard après la cessation des soins.
  - Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la loi n°17-99 portant code des assurances.
- ➔ Toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai de deux mois.

ICE 002527183000030

INPE :



093002285

Casablanca le 19 février 2024

Madame EL HABZI EP AOUAD CHADIA

FACTURE N°		37922	
Analyses :			
Glycémie à jeûn 086 -----	B	30	Total : B 350
Hb glyquée 94 -----	B	100	
Acide urique 99 -----	B	30	
Cholestérol total 104 -----	B	30	
Cholestérol HDL 106 -----	B	50	
Cholestérol LDL 107 -----	B	50	
Triglycérides 108 -----	B	60	
Prélèvements :			
Sang -----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			494,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Quatre Cent Quatre vingt Quatorze Dirhams

 **LABORATOIRE GALILÉE D'ANALYSES MÉDICALES 01**  
29, Rue Taha Houcine (Ex-Galilée)  
Angle Moussa Ibnou Noussair - Gauthier  
Tél. : 05 22 20 47 11 / 20 46 92 / 29 79 30  
Fax : 05 22 29 79 31 - 20060 Casablanca

# DOCTEUR AMINA BENZAKOUR

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations  
et des Muscles

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Paris

Expert Assermentée près les Tribunaux

Médecine de Travail

6, Avenue Houphouët Boigny

CASABLANCA

Tél. : 0522. 27. 30 . 28 / 0522. 27. 45 . 35

aminabenzakour54@gmail.com

# الدكتورة بنزاكور آمنة

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل والعضلات

خريجة كلية الطب بباريس

خبيرة محلفة لدى المحاكم

اختصاصية في طب الشغل

6 شارع هوفويت بوانيي

الدار البيضاء

الهاتف : 0522. 27. 30 : 28 / 0522. 27. 45 . 35

aminabenzakour54@gmail.com

Casablanca la 17/02/2024 في الدار البيضاء

Dr. Amina Benzakour  
Rhumatologue  
6, Bd. F. Houphouët Boigny  
CASABLANCA

close to H.M. LM

ely à je

Hb 8g

univernie

LABORATOIRE GÉNÉRAL D'ANALYSES MÉDICALES 01  
29, Rue Taha Houdine (Ex-Gailléc)  
Angle Moussa Ibnou Nousseir - Gaudinor  
Tél. : 05 22 20 47 11 / 20 46 92 / 24 79 20  
Fax : 05 22 29 79 31 - 20060 Casablanca

Dr. A. BENZAKOUR  
RHUMATOLOGUE  
6, Bd. F. Houphouët Boigny  
CASABLANCA  
17/02/2024



PIASCLEDINE® 300 mg, gélule  
Insaponifiables d'avocat et de soja

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

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice.

Comme tous les médicaments, Voltarène Emulgel Topique 1%, gel est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

#### Description des effets indésirables

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Immédiatement un médecin.

En cas de surdosage ou d'intoxication accidentelle, prévenir vous n'auriez dû.

Si vous avez utilisé plus de Voltarène Emulgel Topique 1%, gel que

Symptômes et instructions en cas de surdosage

doigts.

Mode d'administration

En l'absence de prescription médicale, le traitement est limité à 5

Durée de traitement

jours.

Ceci correspond à un ruban de 10 cm environ (voir schéma à

la dose administrée à chaque application est de l'ordre de 4 g de gel.

Si vous avez pris plus de PIASCLEDINE 300 mg  
que vous n'auriez dû

Les surdosages de PIASCLEDINE peuvent provoquer ou exacerber des troubles gastro-intestinaux et/ou hépatiques. Si vous avez pris une dose de PIASCLEDINE supérieure à la dose recommandée, consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre PIASCLEDINE 300 mg

douleur de l'arthrose des doigts et des genoux.

traumatisme (entorse, contusion) et dans le soulagement de la

muscles), dans les cas où une opération ou après un

membres supérieurs et inférieurs (inflammation des tendons des

Ce médicament est préconisé chez l'adulte dans les tendinites des

Indications thérapeutiques

au niveau de la région douloureuse.

douleur), sous forme de gel pour application sur la peau, uniquement

Ce médicament est un anti-inflammatoire et un antalgique (il calme la

Classe pharmacothérapeutique

DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

1. QU'EST-CE QUE VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ET

6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

5. COMMENT CONSERVER VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ?

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

3. COMMENT UTILISER VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ?

D'UTILISER VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ?

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT

DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

1. QU'EST-CE QUE VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ET

Dans cette notice :

mêmes symptômes que vous.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez à

personne d'autre. Il pourrait leur être nocif, même si elle présente les

votre pharmacien.

• Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre médecin ou

• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

prendre ce médicament.

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de

**Voltarène 1%**  
Emulgel Topique



Complément alimentaire à base de vitamine D3  
d'origine naturelle extraite de la lanoline

**VITAL D3®**

# DOCTEUR AMINA BENZAKOUR

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations  
et des Muscles

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Paris

Expert Assermentée près les Tribunaux  
Médecine de Travail

6, Avenue Houphouët Boigny

CASABLANCA

Tél. : 0522. 27. 30 . 28 / 0522. 27. 45 . 35

aminabenzakour54@gmail.com

# الدكتورة بنزاكور آمنة

اختصاصية في أمراض الروماتيزم  
أمراض العظام والمفاصل والعضلات

خريجة كلية الطب بباريس

خبيرة محلقة لدى المحاكم

اختصاصية في طب الشغل

6 شارع هوفويت بوانيي

الدار البيضاء

الهاتف : 0522. 27. 30 . 28 / 0522. 27. 45 . 35

aminabenzakour54@gmail.com

Casablanca la

22/02/24

LOT M0724  
EXP 02 2026  
PPV 56.10 DH

56.10  
17 Colbure en gel

17 Colbure en gel

21 Colbure en gel

4 gtt /  
175,70 x 21

3) Piosclesim 300 f

526,50



LOT: 121811  
EXP: 03/2025  
PPC: 119.00 DH

INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOIA

PPV : 175.70 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA

PPV : 175.70 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA





Dossier ouvert le : 19/02/24  
 Prélèvement effectué à 10:01  
 Edition du : 19/02/24



093002285

Madame EL HABZI EP AOUAD CHADIA  
 AMINA BENZAKOUR  
 R&F : 24B281  
 INPE : 093002285

Page: 1/2

## Compte Rendu d'Analyses

## BIOCHIMIE SANGUINE

## GLYCEMIE A JEUN

: 1,17 \* g/l  
 Soit : 6,5 mmol/l

Normales

Antériorités

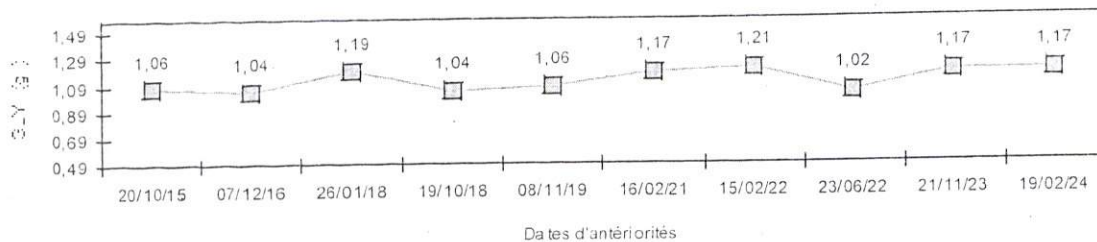
21/11/2023

0,7 - 1,1

1,17

3,9 - 6,1

6,5



## HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE (HbA1C)

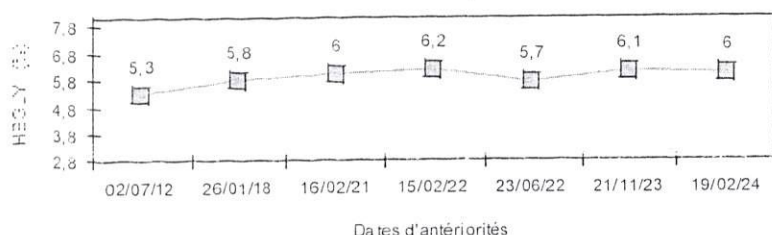
Chromatographie liquide haute pression (H.P.L.C)

Résultat

: 6,00 %

4 - 6

6,10



## ACIDE URIQUE SANGUIN

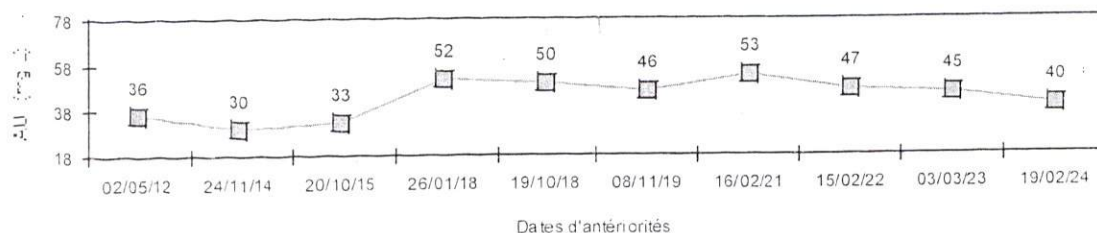
: 40 mg/L  
 Soit : 238 μmol/l

25 - 60

45

150 - 360

268





Dossier ouvert le : 19/02/24  
Prélèvement effectué à 10h01  
Edition du : 19/02/24



093002285

Madame EL HABZI EP AOUAD CHADIA  
AMINA BENZAKOUR  
Réf : 24B281  
INPE : 093002285

Page : 2/2

### Compte Rendu d'Analyses

Normales Antériorités

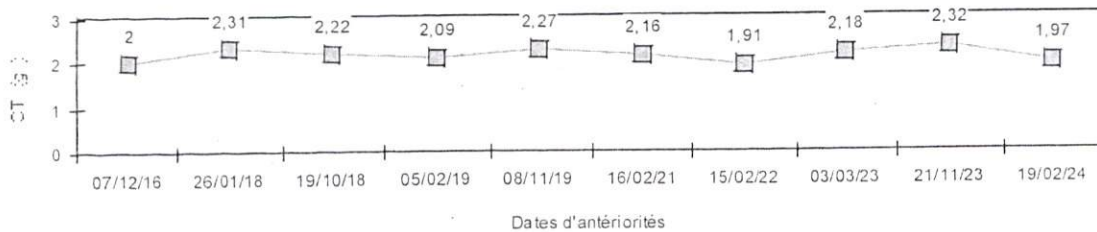
21/11/2023

#### CHOLESTEROL TOTAL

: 1,97 g/l  
Soit : 5,08 mmol/l

< 2  
< 5,15

2,32  
5,98



#### CHOLESTEROL HDL

: 0,66 g/l  
Soit : 1,7 mmol/l

> 0,35  
> 0,9

0,71  
1,83

#### CHOLESTEROL LDL

: 1,22 g/l  
Soit : 3,14 mmol/l

1,42  
3,66

LDL < 2,2 g/l (5,7 mmol/l) : Absence de facteurs de risque  
LDL < 1,9 g/l (4,9 mmol/l) : Présence d'un facteur de risque  
LDL < 1,6 g/l (4,1 mmol/l) : Présence de deux facteurs de risque  
LDL < 1,3 g/l (3,4 mmol/l) : Présence de trois facteurs de risque  
LDL < 1,0 g/l (2,6 mmol/l) : Présence d'antécédent de maladie cardiovasculaire

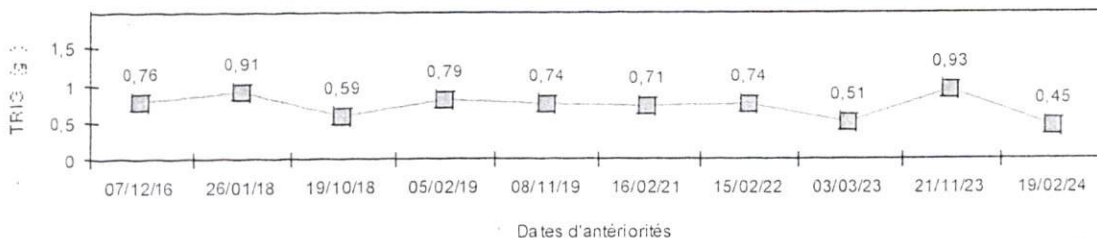
Selon l'AFSSAPS, les facteurs de risque sont : l'âge, antécédents familiaux de maladie coronaire précoce, tabagisme, HTA, diabète de type 2 et HDL < 0,40 g/l.

#### TRIGLYCERIDES

: 0,45 g/l  
Soit : 0,51 mmol/l

< 1,5  
< 1,71

0,93  
1,06



LABORATOIRE GALILEE D'ANALYSES MEDICALES 01  
29, Rue Taha Houcine (Ex-Galilée)  
Angle Moussa Ibnou Noussair - Gauthier  
05 22 20 47 11 / 20 46 92 / 29 79 30  
05 22 20 47 11 / 20 46 92 / 29 79 30



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](http://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:	2047313
N° Affiliation:	0040208000 7	Date réception Lot:	04/03/2024
Personne soigné:	EL HABZI CHADIA	N° externe:	
N° sinistre:	2403031930	Date survenance:	22/02/2024
Nature de la maladie:		Date ouverture:	05/03/2024
		Date règlement:	02/04/2024

Famille prestation	Coef. Présenté	Coef. Remb	Frais Engagés	Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant de remboursement
1. Analyse	350	494	494,00	469,00	80,00	375,20
2. Consultation			350,00	300,00	80,00	240,00
3. Pharmacie			119,00	0,00	80,00	0,00
4. Pharmacie			407,50	407,50	80,00	326,00
<b>TOTAL</b>			<b>1370.5</b>	<b>1 176,50</b>		<b>941,20</b>

1.1 Règlement effectué conformément à la Nomenclature des Actes Professionnels (.....)

2.1 Règlement effectué conformément à la Nomenclature des Actes Professionnels (.....)

3.1 VIT D3 NR