

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

- Reclamation : 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.

Déclaration de Maladie

COMPLÉMENT

N° W19-544047

107831317



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 13940

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AOUAD

RAM KHALID

Date de naissance : 11/10/1957

Adresse :

Tél. : 0654430668

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

19 JUIN 2020

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Partie réservée à RMA

Date(s) de réception du courrier

1	2	3	4
---	---	---	---

Identification

N° du sinistre	11111111
	11111111
	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 réege 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 : *B.P.E.C.*

Cachet du souscripteur :



N° de police :

Adresse : *74 Rue Jean Janès
Casab.*

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom : *EL HABBI CHADIA*

Adresse : *B.P.E.C.*

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : *EL HABBI CHADIA* Lien de parenté : *M M*

Montant des frais engagés : *1000, 80* DHS.....

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

Fait à *Casa*, le *01/04/2013* Signature de l'assuré(e)

Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : EL HABZI ep AOUAD CHADIF

Date de naissance :

Nature de la maladie : HTA

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	11.03.2020	SL 300,00	XELG		
Auxiliaires médicaux					
Analyses et radiographies					

Pharmacie

Factures	
Date	Montant
11/03/2020	704,80

Signature & cachet

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.

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**FEUILLE DE DECOMPTE DESTINEE A L'ASSURE**

Employeur	: BPEC						Page 1/1
Assuré	: EL HABZI CHADIA			Réf (C / V)	: 09617949		
N° Affiliation	: 00409060 00 000007			N° Externe	:		
Personne assignée	: EL HABZI CHADIA			Date ouverture	: 10/05/2020		
N° sinistre	: 2020002 00			Date règlement	: 11/05/2020		
Nature de la maladie	:						
Nature des Prestations	Cotation N.L.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement	
CONSULT. SPBL.	0	0	300.00	300.00	80.00	240.00	
PHARMACIE	0	0	704.80	704.80	80.00	563.84	
TOTAL			1004.80	1004.80		803.84	
							Montant à Rembourser
							803.84

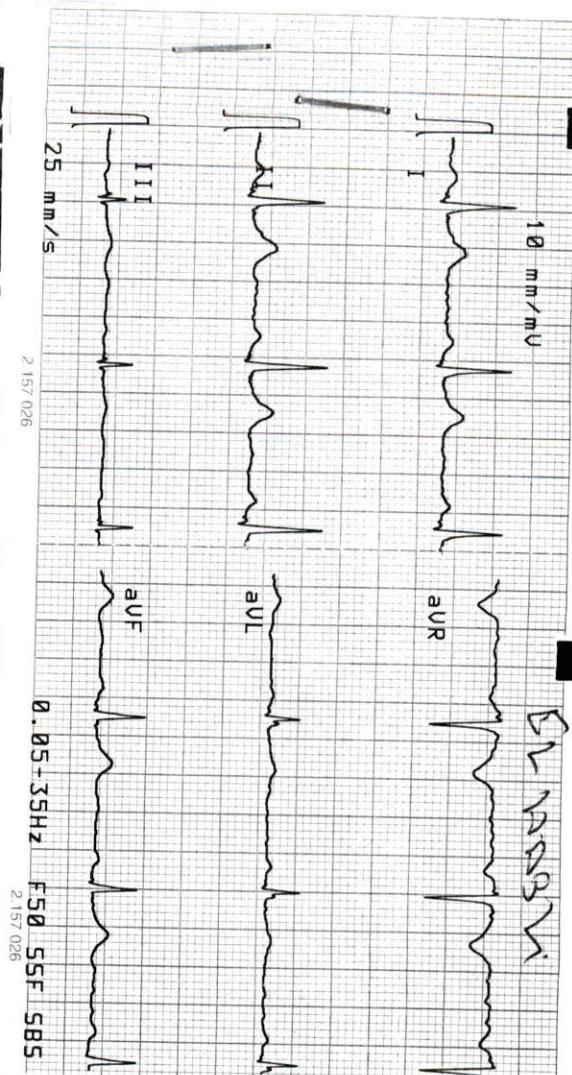
Docteur Youssef DRISSI

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

EL HABIBI esp.
176,20 D.M.
47 ans
11



YOUSSEF DRISSI
Cardiologue, Tél: 05 22 23 86 00



100, شارع أم الريـعـ - إقـامـةـ الـأـفـقـ - الـحـيـ الـحـسـنـيـ - الدـارـ الـبـيـضـاءـ

100, bd. Oum Rabii - Résidence Al Ofoq (près de la Polyclinique CNSS) Hay Hassani - Casablanca
المستعجلات : Tél./Fax : 0522 93 86 00 - الهاتف : E-mail : ydrissi@hotmail.com - Urgences : 0661 08 02 82 :

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

HYTACAND® 8mg/12,5mg, comprimé

HYTACAND® 16mg/12,5mg, comprimé

candésartan cilexétol/hydrochlorthiazide

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 cilexétol

- 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 pourrait nuire gravement à votre enfant en cas