

# 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.

## Biologie 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.

## Maladie chronique :

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

N° P19- 059898

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4161 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HLILA HAKIMA  
Date de naissance : 11/1/63  
Adresse : 119 Bd BRAHIM BOUDAMENI  
Ap. 20 Madinet CASA  
Tél. : 066117 8656 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : RAMEL KHALID Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Remboursement complémentaire  
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 : 23/09/2020 Le :  
Signature de l'adhérent(e) :

**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 : **MAROC BUREAU** Cachet du souscripteur : .....

N° de police : .....

Adresse : .....

**Renseignements concernant l'assuré(e)**Nom et prénom : **KAMEL KHALID**Adresse : **179 BD ROUDANI n° 10/2 Casa****Renseignements concernant le malade**Nom et prénom : **KAMEL - KHALID**Lien de parenté : **HTA**Montant des frais engagés : ..... DHS **1834,00**

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

Fait à **Casa**, le **17/8/2010** Signature de l'assuré(e)



# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Professeur Ahmed BENNIS  
Professeur de Cardiologie  
Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU  
Ibn Rochd de Casablanca  
Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie  
Fellow of The European Society of Cardiology  
Fellow of The American College of Cardiology



98 Angle Rue Kadi Iass et Rue Abou Salt Andaloussi  
(Près de la commune urbaine du Maârif) Casablanca  
Tél. : 05 22253600 - Fax : 05 22253601  
Mobile : 0661321886

## Facture :

- Date : 06/08/2006  
- Nom : KAMEL  
- Prénom : KHALID

- Consultation + ECG : 300

- Echographie Cardiaque : 1000

- Echographie Vasculaire :

- Holter Tensionnel :

- Holter Rythmique :

- Autres :

Total : 1300

## Pharmacie

### Factures

Date	Montant
06/08/2006	534,20

### Signature & cachet

صيدلية بيت الفتح  
PHARMACIE BAYT AL FATH  
N° 6 Rés. Bayt Al Fath - Quartier Maârif  
Ain Sebaa Casablanca  
Tél : 05 22 34 47 53 Fax : 05 22 46 24 62  
E-mail : aliaaf@yahoo.com

### 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.

➔ **Toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai :**



PPV 9/1/00  
ER 04/22  
LOT J 618-4



Veuillez

• Gérer

• Si vous

• Le médecin

identiques, cela

• Si l'un des effets

à votre médecin

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

à votre pharmacien

NE

tivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.  
lice, vous pourriez avoir besoin de la relire.  
autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharma-  
ous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même  
mes identiques, cela pourrait lui être nocif.  
Indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non  
ette notice, parlez en à votre médecin ou à votre pharmacien.

# CARDIOASPIRINE®

## 100 mg, comprimés gastro-résistants

**Forme pharmaceutique et contenu :**  
CIVASTINE® 10 mg comprimé pelliculé Boîte de 28  
CIVASTINE® 20 mg comprimé pelliculé Boîte de 15 et 30  
CIVASTINE® 40 mg comprimé pelliculé Boîte de 30

**Composition du médicament :**  
**Composition qualitative et quantitative en substance active par unité d**  
Simvastatine  
Simvastatine  
Simvastatine

**Les autres composants sont :**  
Excipients : lactose anhydre, cellulose microcristalline, amidon pregelatinisé, croscopolone, butylhy  
acide citrique anhydre, stéarate de magnésium, alcool éthylique 96%, opadry blanc.  
**Liste des excipients à effet notoire :** lactose, butylhydroxyanisole, alcool éthylique.

**Classe pharmacothérapeutique :**  
Le médicament est un hypolipémiant.

**Indications thérapeutiques :**  
CIVASTINE® est un médicament utilisé pour faire baisser les taux de cholestérol total, de mauvais  
des substances grasses appelées triglycérides dans le sang. De plus, CIVASTINE® augmente le  
(cholestérol HDL). CIVASTINE® fait partie de la classe des médicaments appelés statines.  
Le cholestérol est une des nombreuses substances grasses trouvées dans le système sanguin. Votre  
principalement de cholestérol LDL et de cholestérol HDL.

La LDL cholestérol est souvent appelée le « mauvais » cholestérol parce qu'il peut s'accumuler sur les parois de v  
Finalement, la création de cette plaque peut mener à un rétrécissement des artères. Ce rétrécissement peut v  
vers les organes vitaux comme le cœur et le cerveau. Ce blocage du flux sanguin peut entraîner une crise card  
Le HDL cholestérol est souvent appelé le « bon » cholestérol parce qu'il aide à empêcher le mauvais ch  
Les triglycérides sont une autre forme de graisse dans votre sang qui peuvent augmenter votre risque

Vous devez poursuivre un régime hypolipémiant pendant la prise de ce médicament.  
CIVASTINE® est utilisé en complément d'un régime hypolipémiant, si vous avez :  
• Un taux élevé de cholestérol dans votre sang (hypercholestérolémie primaire) ou des niveaux élevés de graisse  
• Une maladie héréditaire (hypercholestérolémie familiale homozygote) qui augmente le taux de  
pouvez également recevoir d'autres traitements.

• Une insuffisance coronarienne ou un risque élevé d'insuffisance coronarienne (parce que vous a  
d'accident vasculaire cérébral ou une maladie vasculaire d'origine athéroscléreuse). CIVASTINE® peut p  
le risque de problèmes cardiaques, indépendamment de la quantité de votre cholestérol sanguin.  
Chez la plupart des gens, il n'y a pas de symptômes associés à un taux élevé de cholestérol. Votre médecin pou  
d'un simple test sanguin. Consultez votre médecin régulièrement, vérifiez votre cholestérol, et discutez avec votre

**Posologie :**  
Votre médecin déterminera la posologie en fonction de votre état de santé, de votre traitement en cours tout en ten  
Toujours prendre ce médicament comme votre médecin vous l'a indiqué. Vérifiez avec votre médecin ou votre  
Vous devez suivre un régime hypolipémiant pendant le traitement par CIVASTINE®.

**Mode et voie d'administration :**  
Prenez CIVASTINE® en comprimé. Vous pouvez le prendre avec ou sans aliments.

**Durée du traitement :**  
Continuez à prendre CIVASTINE® à moins que votre médecin ne vous demande d'arrêter.

Si votre médecin vous a prescrit CIVASTINE® avec un autre médicament qui fait baisser le cholestérol c  
biltaire, vous devez prendre CIVASTINE® au moins 2 heures avant ou 4 heures après avoir pris le cholestérol

**Dosage :**  
La dose recommandée est de 1 comprimé de CIVASTINE® 10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

**Adultes :**  
Le dose habituel de départ est de 10, 20 mg ou dans quelques cas 40 mg par jour. Votre médecin pou  
moins 4 semaines de traitement à une dose maximale de 80 mg/jour. Ne prenez pas plus de 80 mg par  
Votre médecin peut vous prescrire un plus faible dosage, surtout si vous prenez certains des médicam

Le dose de 80 mg est uniquement recommandée aux patients adultes à très haut taux de cholestérol cholestérol  
cardiovasculaires et qui n'ont pas atteint le taux de cholestérol souhaité à de faibles doses.

Pour les enfants (âgés de 10 à 17 ans), la dose usuelle recommandée pour débuter le traitement est  
soit. La dose maximale recommandée est de 40 mg par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

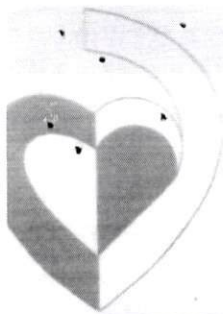
10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

10 mg, 20 mg, 40 mg, par voie orale, par jour.

Aspirine 100 mg et dans quel cas est-il utilisé ?  
Les raisons nécessaires à connaître avant de prendre CardioAspirine 100 mg ?  
Effets indésirables éventuels ?  
CardioAspirine 100 mg ?

**CARDIOASPIRINE 100 MG ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?**  
Le principe actif l'acide acétylsalicylique. Ce dernier inhibe, à doses réduites  
des saignements sanguins. Grâce à un enrobage résistant à l'acidité gastrique, le



**Professeur Ahmed BENNIS**

**Professeur de Cardiologie**

**Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca**

**Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie**

**Fellow of The European Society of Cardiology**

**Fellow of The American College of Cardiology**

Casablanca le : .....

صيدلية بيت الفتح  
**PHARMACIE BAYT AL FATH**  
6 Rue Pasteur - Quartier Beauséjour  
Ain Sebaa Casablanca  
Tél : 05 22 34 47 53 Fax : 05 22 66 24 62  
E-mail : aliaaf@yahoo.com

CASA , Le 06/08/2020

**M. KHALID KAMEL**

8,30

**APROVEL Comprime Pellicule à 150 mg Bte 28 Comprime**

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

3 x 3

**CARDIOASPIRINE Comprime Gastro-Résistant à 100 mg Bte 30 Comprime**

Prendre 1 comprimé à midi, au cours du repas, pendant 3 mois

**CIVASTINE Comprime Pellicule à 20 mg Bte 28 Comprime**

Prendre 1 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

34,20

98 Angle Rue Kadi Iass et Rue Abou Salt Andaloussi ( Prés de la commune urbaine du Maârif)

Casablanca - Tél. : 0522253600 - Fax : 0522253601 - Mobile : 0661321866

Patente : 35760852 - Mail : ahmedbennis7@gmail.com



Pr. BENNIS AHMED  
Cardiologie  
98 ANGLE RUE KADI LASS ET BRUE  
ABOU  
SALT ANDALOUSSI  
CASA  
Tel: 0522253600  
Mobile: 0661321860  
Fax: 0522253601  
Email: bennis\_cardio@yahoo.fr  
00 0 00124 8

CASA, le 06/08/2020

### Echographie cardiaque

Echographie faite le 06/08/2020 - Opérateur :

**KAMEL KHALID**

Taille : Poids :

Destinataire :

Indications : Bilan Cv

#### Résultats

Fc	Ao	OG	Dtd	Dts	Inc	EpS	EpP	FRD	FEtm	IMM	PAPs	Pod
57	34 mm	38 mm	53 mm	36 mm		11 mm	10 mm	37 %	58 %			
Nb/mn												

Rythme : sinusal

Aorte : aorte initiale non dilatée

Valve aortique : sigmoïdes aortiques normales , surface de la valve aortique : 2 cm<sup>2</sup>

Ventricule gauche : fonction systolique globalement normale

Valve mitrale : normale , surface de la valve mitrale : 4 cm<sup>2</sup>

Oreillette gauche : non dilatée

Coeur droit : non dilaté

Péricarde : libre

Commentaire : VG non dilaté avec cinétique VG conservé .

FEVG 58% en 2D Biplan.

Strain globale:

GLPS AV: -17,6%.

pression de remplissage VG non élevé.

as de valvulopathie significative.

trouble de relaxation VG.

orte initiale non dilaté.

s de signe d'HTAP.



Pas d'épanchement pericardique.  
Fonction VD conservé.  
Pas de sténose carotide significative.

**Conclusion :**  
FEVG 58%. PRVG non élevé. Strain global normal

Appareil : Mise en service le

Pr. BENNIS AHMED



KAMEL KHALID

Net(e) le 28 05 1963  
 Age 57 ans  
 Sexe Masculin  
 Taille cm  
 Poids 85 kg  
 Origine  
 PA 149/68 mmHg  
 Remarque

FC 57 /min

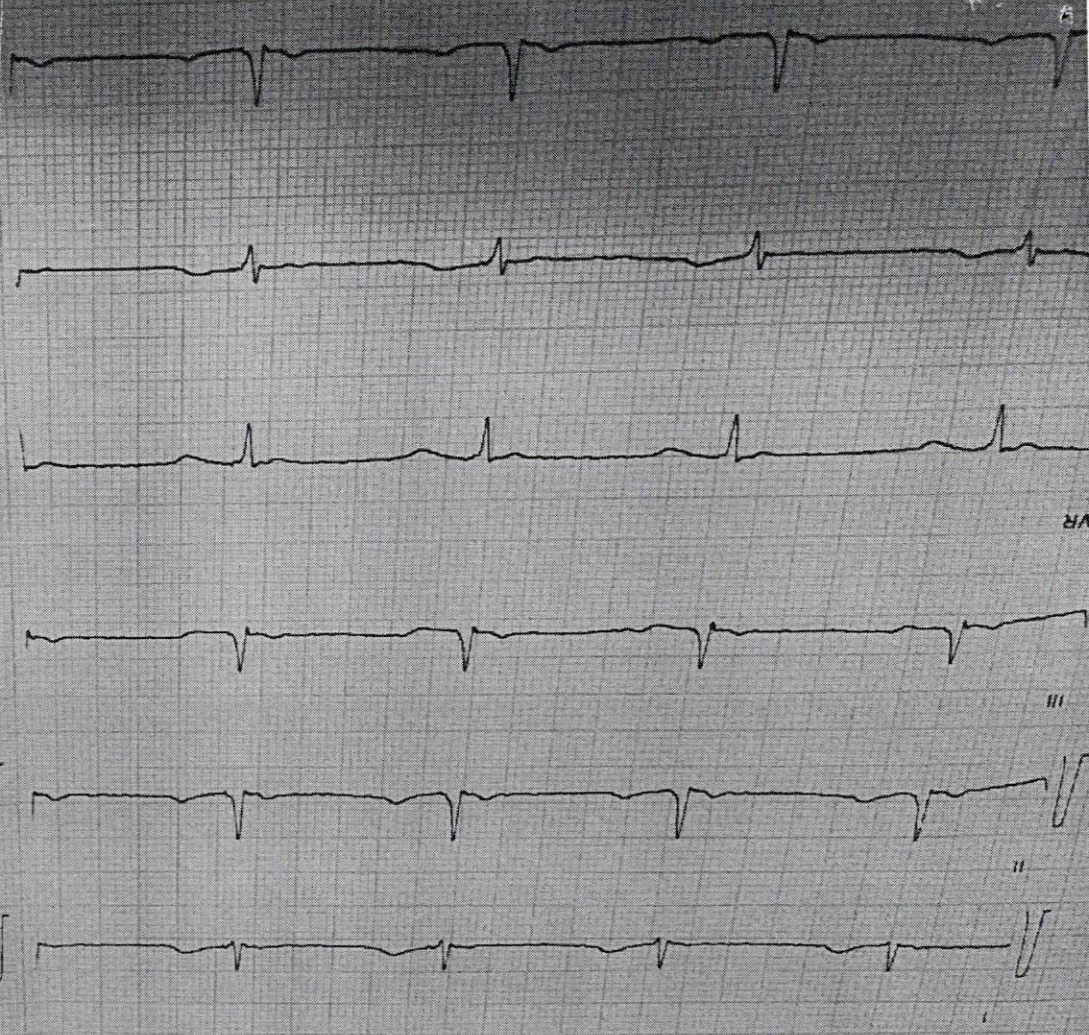
Axes

P 90°  
 QRS 66°  
 T 24°  
 P (II) 0.09 mV  
 S (V1) -0.69 mV  
 R (V5) 1.52 mV  
 Sokol 2.56 mV

Intervalle  
 RR 1050 ms  
 P 114 ms  
 PR 154 ms  
 QRS 94 ms  
 QT 400 ms  
 QTc 392 ms (bazett)

Interpretation: RYTHME SINUSAL, QRS(T) MODIFIE, ANOMALIE EN

INFER POSSIBLE  
 Rapport non confirme  
 P16.02



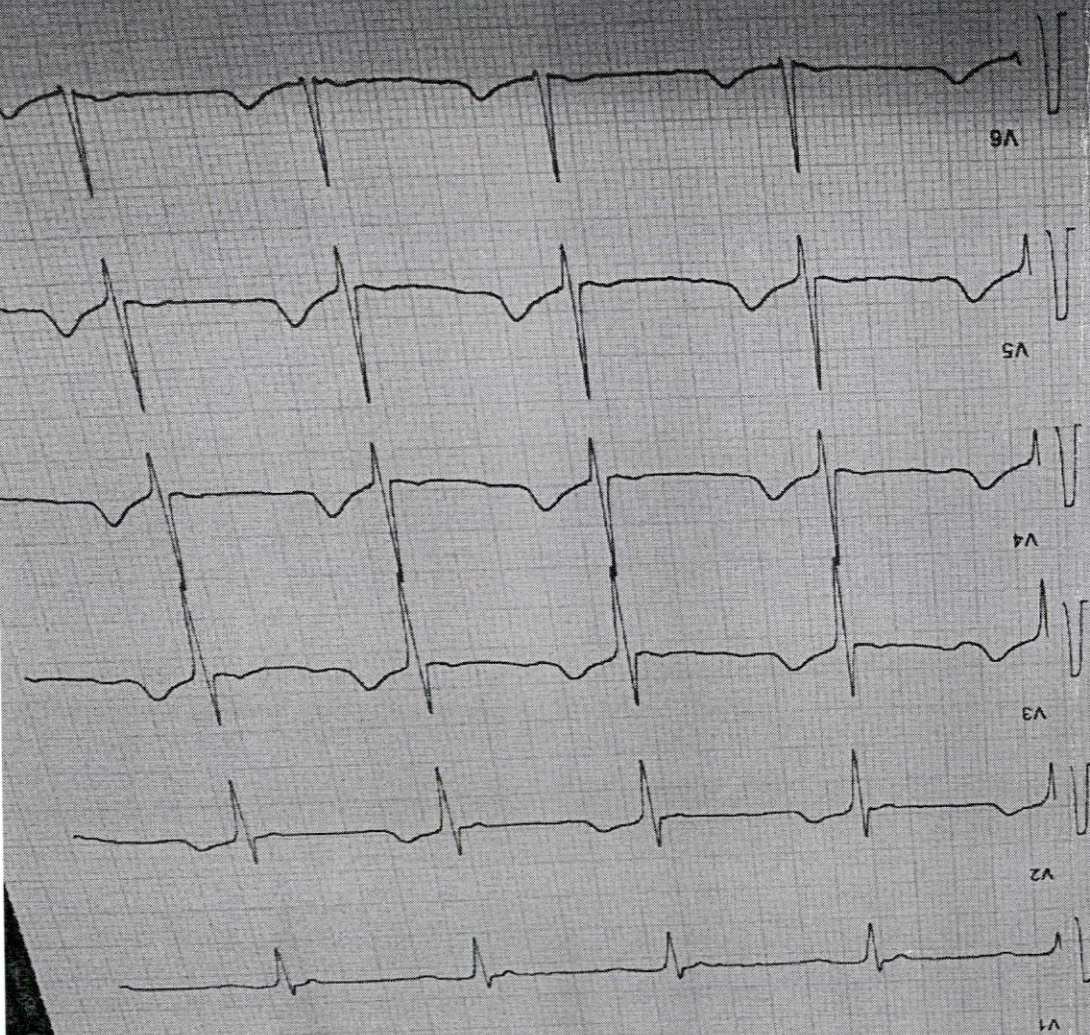
10 mm/mV 25 mm/s

06 08 2020 11:23:52

Pt. BENNIS AHMED

10 mm/mV

MS-2





**Sigle 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**

Page 1/1

Employeur : MAROC BUREAU  
Assuré : KAMEL KHALID  
N° Affiliation : 00130639 00 002525  
Personne soignée : KAMEL KHALID  
N° sinistre : 2020015 00  
Nature de la maladie :

Réf (C / V) : 02785282  
N° Externe :  
Date ouverture : 27/08/2020  
Date règlement : 03/09/2020

Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement
VISITE	0	0	300.00	300.00	85.00	255.00
RADIOGRAPHIE	0	0	1000.00	1000.00	85.00	850.00
PHARMACIE	0	0	534.20	534.20	85.00	454.07
<b>TOTAL</b>			<b>1834.20</b>	<b>1834.20</b>		<b>1559.07</b>
						<b>Montant A Rembourser</b>
						<b>1559.07</b>



## 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 DECOMPTÉ DESTINÉE A L'ASSURÉ

Employeur : MAROC BUREAU Assuré : KAMEL KHALID N° Affiliation : 00130839 00 002525 Personne soignée : KAMEL KHALID N° sinistre : 2020015 00 Nature de la maladie :						Page 1/1 Réf (C / V) : 02785282 N° Externe : Date ouverture : 27/08/2020 Date règlement : 03/09/2020	
Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement	
VISITE	0	0	300.00	300.00	85.00	255.00	
RADIOGRAPHIE	0	0	1000.00	1000.00	85.00	850.00	
PHARMACIE	0	0	534.20	534.20	85.00	454.07	
TOTAL			1634.20	1634.20		1559.07	
						Montant A Rembourser	
						1559.07	

FOR-0M004 VERSION 01 DU 15/07/1998

21/09/2020

RABAH ISMAEL & Compagnie

1634.20

1559.07



## 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 : MAROC BUREAU Assuré : KAMEL KHALID N° Affiliation : 00130639 00 002525 Personne soignée : KAMEL KHALID N° sinistre : 2020015 00 Nature de la maladie :						Page 1/1
			Réf (C / V) : 02765262 N° Externe : Date ouverture : 27/08/2020 Date règlement : 03/09/2020			
Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement
VISITE	0	0	300.00	300.00	85.00	255.00
RADIOGRAPHIE	0	0	1000.00	1000.00	85.00	850.00
PHARMACIE	0	0	534.20	534.20	85.00	454.07
TOTAL			1834.20	1834.20		1559.07
						Montant A Rembourser  1559.07