

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° W19-456096

6940 COMPLÉMENT
46776

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6940 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : KHALID


Nom & Prénom : AQUAS

Date de naissance : 12.10.1957

Adresse :

Tél. : 065442668 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) :



ate(s) de réception du courrier

1	2	3	4

N° du sinistre

CP

I.C.

D.D

D

C.C

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

Type de déclaration

☒ Maladie ☐ Maternité ☐ Optique ☐ Clinique ☐ Traitements spéciaux

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

Souscripteur : BPE C Cachet du souscripteur :

N° de police : 402080/00

Adresse :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom : EL HASSI CHADLI

Adresse :

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : E. HARBEL (HARDA) Lien de parenté : ONC

Montant des frais engagés : 137,2 dh DHS.

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

Fait à Cas, le 21/01/2020 Signature de l'assuré(e)

Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade :

EL HABZIEF AOUAD CHADIA

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	03.09.2020	ELG	300,00		Dr. YOUSSEF ELG
Auxiliaires médicaux					
Analyses et radiographies					

Pharmacie

Factures

Date

Montant

03.09.2020

1057,20

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						
N° Affiliation	: 00402080 00 000007					Réf (C / V)	: 09549439
Personne soignée	: EL HABZI CHADIA					N° Externe	:
N° sinistre	: 2020005 00					Date ouverture	: 09/10/2020
Nature de la maladie	:					Date règlement	: 13/10/2020

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	80.00	240.00
PHARMACIE	0	0	1057.20	1057.20	80.00	845.76
TOTAL			1357.20	1357.20		1085.76
						Montant A Rembourser
						1085.76

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



الإدريسي

القلب و الشرايين

شقيبات باريس

بالألوان

Casablanca, le 03. 0.

5L 12AB21 ip. 2000

176,20 X 8
Hytacond 16 / 12,5

1057,20



Dr. Youssef DRISSI
CARDIOLOGUE
100 Bd. Oum Elouafaa
Casablanca - Tél: 0522 93 86 00

100, شارع أم الربيع - إقامة الأفق - الحي الحسني - الدار البيضاء
100, bd. Oum Rabii - Résidence Al Ofoq (près de la Polyclinique CNSS) Hay Hassani
Tél./Fax : 0522 93 86 00 : الهاتف - E-mail : ydrissi@hotmail.com - Urgences : 0661 0

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir bnou al ouam 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 souheir bnou al ouam 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 souheir bnou al ouam 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 souheir bnou al ouam 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 souheir bnou al ouam 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 souheir bnou al ouam 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

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 :

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 et le

- 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

