

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-456094/6940 COMPLÉMENT

46777

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6940 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AOUAD KHALID

Date de naissance : 17/10/1957

Adresse :

Tél : 0654030668 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) :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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></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



RMA

ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type de déclaration

☒ Maladie
 ☐ Maternité
 ☐ Optique
 ☐ Clinique
 ☐ Traitements spéciaux

N° d'affiliation 7 Intermédiaire :

Souscripteur : BPEC

Cachet du souscripteur :

N° de police : 4020 80 / 00

Adresse : 74 Rue Jean Jaurès



Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom : EL HABZI CHADIA

Adresse : BPEC

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : EL HABZI Chadia Lien de parenté : Mm

Montant des frais engagés : 437,00 DHS

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

Fait à Casa, le 24/9/20 Signature de l'assuré(e)

[Signature]

Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : M^r EL HABBI Chadi
 Date de naissance : 12.03.1972
 Nature de la maladie : Affection 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	31/08/2020	C2	Oui	3000H	
Auxiliaires médicaux					
Analyses et radiographies					

Pharmacie

Factures	
Date	Montant
31/08/2020	137,00

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.**

KETUM

Kétop Gel.Tub

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement. Si vous avez un médecin ou à votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement identiques, car cela pourrait lui être nocif. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la consulter à nouveau.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

Kétoprofène 20 g
Excipients q.s.p. 100 g
(carbomères, éthanol, huile essentielle de lavandin, diéthanolamine, eau purifiée)

Forme et présentation

Gel, Tube doseur de 120 g

Classe pharmaco-thérapeutique

Anti-inflammatoire non stéroïdien en topique (M : Muscle et Squelette)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le kétoprofène.

- des poussées d'arthrose des petites articulations,
- des tendinites,
- des traumatismes de type entorse bénigne (foulure), contusion,
- des lombalgies,
- des réactions inflammatoires des veines consécutives à une sclérose de veine.

ATTENTION!

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- à partir du 6^{ème} mois de la grossesse,
- antécédent d'asthme à ce médicament ou à un médicament apparenté, notamment à l'acide tiaprofénique, à l'acide tiaprofénique, à l'acide tiaprofénique, à l'acide tiaprofénique,
- antécédent d'allergie cutanée au kétoprofène ou à l'acide tiaprofénique, à l'acide tiaprofénique, à l'acide tiaprofénique,
- antécédent d'allergie à l'un des excipients,
- sur peau lésée, quelle que soit la lésion : lésions suintantes, eczéma, lésion.

Pendant le traitement et les deux semaines suivant l'arrêt, ne pas s'exposer au soleil.

Mises en garde spéciales

Ce médicament est réservé à l'adulte (plus de 15 ans), en l'absence de données. L'exposition au soleil (même voilé) ou aux UVA des zones en contact avec le gel peut provoquer une réaction anormale de la peau pendant le traitement. Aussi, il est nécessaire :

1. de protéger les zones traitées par le port d'un vêtement durant toute la durée du traitement.
2. de procéder à un lavage soigneux et prolongé des mains après chaque utilisation d'être exposées au soleil.

En cas d'apparition d'une réaction anormale de la peau pendant le traitement :

Respecter les conseils d'utilisation :

- ne jamais appliquer une dose supérieure à celle qui est recommandée (Cf. la fréquence et la durée de traitement préconisées par votre médecin).

Précautions d'emploi

- Ne pas appliquer sur les muqueuses, ni sur les yeux.
- Eviter toute application sous pansement occlusif.

Interactions médicamenteuses et autres interactions

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS TRAITEMENTS EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN

ديوكسول® 500 مغ / 2 مغ

علبة من 20 قرصا
بارميخامول / ثيوكلونيكوريد

القرص: هذه القطعة يتم قبل استعمال هذا الدواء.
- احتفظ بهذه القطعة: لقد تحتاج إلى استخدامها من جديد.
- إن كانت لديك أية أعراض، استشر طبيبك أو الصيدلي.
- وصف لك هذا الدواء شخصيا، فلا تعطه لأي شخص آخر، حتى ولو كان يبدو نفس الأعراض، لأن ذلك قد يضره.

التركيب النشط والكمي

500 مغ

2 مغ

بارميخامول

ثيوكلونيكوريد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

بارميخامول واحد

DOCTEUR BENZAKOUR AMINA

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

الدكتورة بنزاكيور آمنة

اختصاصية في امراض الروماتيزم

امراض العظام و المفاصل و العضلات

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

Casablanca, le 31.8.20, الدار البيضاء في,

Mr. El Habz ch

37,00

1 Duoxol

29,21

103,00

21 ketum dokim

3 dokim en off

3fis

137,00

DUOXOL 500mg/2mg
Boîte de 20 comprimés



LOT: 9007 A
PER: FEV 2022
PPV: 100 DH 00

Dr. A. BENZAKOUR
RHUMATOLOGUE
6, Bd F Houphouët Boigny
CASABLANCA
Tél: 05 27 27 45 35 - 05 22 27 30 28

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						Ref (C / V) : 09649439
Personne soignée : EL HABZI CHADIA						N° Externe :
N° sinistre : 2020004 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	137.00	137.00	80.00	109.60
TOTAL			437.00	437.00		349.60
						Montant A Rembourser
						349.60