

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 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

N° W19-456094/6940 COMPLEMENT  
 46777



### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

CGY0

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AOUAD

KHARID

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 :

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) :

Le ..... / ..... / .....

15 NOV. 2020

ACCUEIL

# Partie réservée à RMA

## Date(s) de réception du courrier

1	2	3	4

## Identification

N° du sinistre



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](http://www.rmaassurance.com)



ROYALE  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

تصريح بالمرض

## Déclaration de maladie

### Type de déclaration

- Maladie  Maternité  Optique  Clinique  Traitements spéciaux

N° d'affiliation  71 Intermédiaire : .....

Souscripteur : ..... BPEC .....

N° de police : 4020 80 100

Adresse :  
74 Rue Jean Janin

Cachet du souscripteur :



### Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom : EL HABZI (HABDI)

Adresse : BPEC

### Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : EL HABZI Chadi Lien de parenté : MA

Montant des frais engagés : 437,02 DHS

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

Fait à Casablanca, le 26/9/20 Signature de l'assuré(e)

## Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : M<sup>e</sup> EL HABZI Chadiq

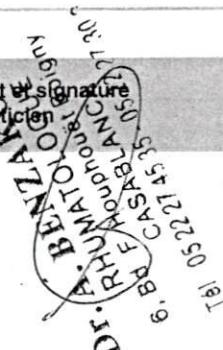
Date de naissance : 12.03.1972

Nature de la maladie : Affection rhumatisante

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	300 Dhs		
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 des questions, demandez à votre médecin ou à votre pharmacien. Ce médicament vous a été prescrit pour des raisons identiques, car cela pourrait lui être nocif. Gardez cette notice, vous pourriez en avoir besoin.

### IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

#### Composition

Kétoprofène

2

Excipients q.s.p.

10

(carboneuses, 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 va-

### ATTENTION!

### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

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

- à partir du 6<sup>me</sup> mois de la grossesse,
- antécédent d'asthme à ce médicament ou à un médicament apparenté, notamment à l'acide tiaprofénique, solaire ou au parfum,
- 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 d'exposition au soleil (même voilé) ou aux UVA des zones en contact avec le gel peu de soleil.

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.

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).
- Eviter toute application sous pansement occlusif.

#### 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® أقراص 500 مغ / 2 مل

علبة من 20 قرصاً  
بارسيطاومول / بيكوكوكزيل

أقرأ هذه النشرة قبل استعمال هذا الدواء.  
الدواء يحتوي على مادة مشابهة ل المادة الفعالة في دواء الماريفيل والمسكوزيل.  
إذا كان لديك أي تغير في الأعراض، لأن ذلك قد يشير  
إلى أنك قد تناولت هذا الدواء.  
و بعد ذلك لا تتناوله إلا عند اشتراكك في دواء آخر  
أو إذا كنت لا تتحمل الدواء.

مدة العلاج: 500 مغ 2 مل

ما يكتب الموصى به  
المريض لا يكتبه

ما يكتبه الموصى به  
المريض لا يكتبه

الدواء لا يكتبه  
المريض لا يكتبه

DOCTEUR BENZAKOUR AMINA

الدكتورة بنتاكور آمنة

## RHUMATOLOGUE

## **Maladies des Os, des Articulations et des Muscles**

Diplômée de la Faculté de Médecine

de PARIS

assermentée près

## **Expert Assermenté près les Tribunaux**

Medecine de Travail

6, Avenue Houphouët Boigny

CASABLANCA

Tél.: 0522.27.30.28 / 0522.27 45 35

## ال اختصاصية في امراض الروماتيزم

خريجة كلية الطب بباريس

خسارة محلفة لدى المحاكم

الشغيل طب في اختصاصية

۶، شانه هفدهمین

الدعا، السضاء

27.30.28 / 0522.27

الهاتف: 0522.27.30.28 / 0522.27 45 35:

Casablanca, le 31. 8. 20

الدار البيضاء في.....

Mu Se Habz  
3f02  
1) Drosophil



103,00  
21 ketum doffing

I do it ever off

3fis /

137,00

*la ce*

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

**Dr. A. BENI**  
RHUMATOLOGUE  
6, Bd F Houphouët Boigny  
CASABLANCA  
- 61 05 22 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						Page 1/1
Assuré	: EL HABZI CHADIA					
N° Affiliation	: 00402060 00 000007			Ref (C / V)	: 09649439	
Personne soignée	: EL HABZI CHADIA			N° Exteme	:	
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
<b>TOTAL</b>			<b>437.00</b>	<b>437.00</b>		<b>349.60</b>
					Montant A Rembourser	
						<b>349.60</b>