

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.



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-817795



☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183 Société : 175009
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HABIBI Mohammed
 Date de naissance : 01-01-1968
 Adresse : 20, Rue Bohim Nakhoi, Maroc
 Extension : Casablanca
 Tél. : 0661133679 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Cori ple ment Conjoint 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 : Casablanca Le : 11/09/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : [][][][][][][][][][]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

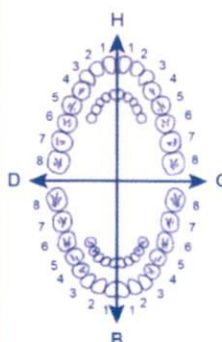
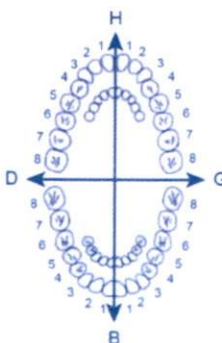
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

INP : | | | | | | | | |

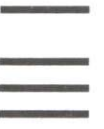
FIN
D'EXECUTION

DATE DE L'EXECUTION

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 05/06/2023
Num Paiement : 1675666
Assuré : HACHLAF ZOHRA
N° d'immatriculation : 10062218
Mode de règlement : Virement
Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <https://assures.cmim.ma/>



HACHLAF ZOHRA BANK OF AFRICA "RET"
100 RUE BRAHIM NAKHAI
APPT 25
CASABLANCA
MAROC



Emis à Casablanca le : 05/06/2023

Page:1 /3

Nous avons le plaisir de vous informer ci-dessous des règlements effectués en votre faveur.

Détail de vos remboursements

N° dossier	Date de soins	Actes	Qte	Coef	Taux de Remboursement	Dépenses	Base de remboursement	Remboursement autre mutuelle ou assurance	Montant rembourse	Motif rejet
Pour HACHLAF ZOHRA / 10062218 \ 001CMIM0208M20230601549560										
ML3366467	11/05/2023	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	200,00	300.00	0.00	170,00	
ML3366467	11/05/2023	PHARMACIE NON REMB	1	1.00	forf	258,90	258.90	0.00	0.00	nr fitopolis
ML3366467	11/05/2023	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	413,50	413.50	0.00	351,48	
ML3366467	11/05/2023	PCR COVID-19 (positif)	1	1.00	85.00 %	400,00	587.00	0.00	340,00	
Total remboursé pour : ZOHRA						1 272,40			861,48	

Décompte : 1675666 Date de Paiement : 05/06/2023 Prestation : 861,48 DHs

Pour vos prochaines demandes de remboursement ,notez bien que :

- La pharmacie doit être justifiée par les codes à Barres, à défaut il faut envoyer les Prix Public de Vente (PPV) et les prospectus.
- Le médecin traitant ainsi que les auxiliaires médicaux doivent renseigner obligatoirement l'Identifiant National du Praticien (INP)

QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 1- Établir une feuille de soins par personne et par événement.
- 2- La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire) ...
- 3- Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.
- 4- Les ordonnances sur lesquelles doivent être collées les codes - barres de produits pharmaceutiques (à défaut joindre la partie de l'emballage portant le prix du produit et les prospectus des produits pharmaceutiques).
- 5- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les trois mois qui suivent le dernier acte médical.
- 6- Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.
- 7- Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.
- 8- L'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

NOTE D'INFORMATION RELATIVE A LA LOI 09-08

Les données collectées par la CMIM sont nécessaires à la Gestion des remboursements des dossiers Maladie / Maternité.

Peuvent seuls, dans la limite de leurs attributions respectives, être destinataires de ces informations : le personnel de la CMIM, les médecins conseils, les affiliés, le souscripteur, les praticiens conventionnés, le dispositif de contrôle externe et les organes de règlement du secteur en cas de besoin.

Conformément à la loi n°09-08, vous pouvez accéder aux informations vous concernant, les rectifier ou vous opposer au traitement de vos données pour motif légitime, par courrier avec accusé de réception à l'adresse suivante : CMIM, service audit interne, 35 Bd d'Anfa, 20000 - CASABLANCA.

Ce traitement a reçu récépissé de la commission nationale de contrôle la protection des données à caractère personnel, sous le numéro A-161/2013 en date du 28/02/2014



REFERENCE DOSSIER



DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D: _____

T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E) (1)

Nom et Prénom : HACHCAF Zoh, Ej HABACH,

MATRICULE ASSURE : 20064041 N° CIN : B27639

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : HACHCAF Zoh Lien de parenté : _____

MATRICULE BENEFICIAIRE : 20064041

Date de naissance : 14/10/11

Montant des frais (DHS): 1272,40 Nombre de pièces jointes : 1

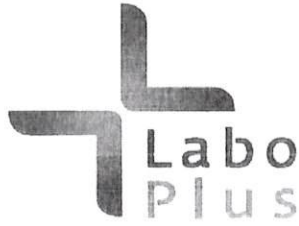
(1) L'exactitude et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau : _____	
CACHET	

SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tél : 05 22 20 24 20 / 21 Fax : 05 22 26 24 51

Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : www.cmim.ma



Laboratoire de biologie médicale

مختبر التحليلات الطبية

Dr Zizi

دكتور الزيزي

Médecin Biologiste

طبيب

Ancien interne des hôpitaux de Paris

إختصاصي في
التحليلات الطبية

Casablanca le 10-05-2023

Mme HACHLAF Zohra

FACTURE N° B230500531

Récapitulatif des analyses

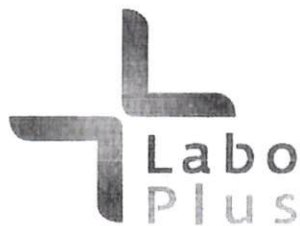
CN	Analyse	Val	Clefs
	PCR COVID-19	B298.51	B

Total des B : 298.51

TOTAL DOSSIER : 400.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
quatre cents dirhams





Laboratoire de biologie médicale

مختبر التحليلات الطبية

Dr Zizi

دكتور الزيزي

Médecin Biologiste

طبيب

Ancien interne des hôpitaux de Paris

إختصاصي في
التحليلات الطبية

Casablanca le 10-05-2023

Mme HACHLAF Zohra

FACTURE N° B230500531

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	PCR COVID-19	B298.51	B

Total des B : 298.51

TOTAL DOSSIER : 400.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
quatre cents dirhams





Laboratoire de biologie médicale

مختبر التحليلات الطبية

Mme HACHLAF Zohra

Prescripteur :

Casablanca le : 20-05-2023

Du : 10-05-2023

Référence : B230500531

Dr Zizi

Médecin Biologiste

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Normes

Antériorités

BIOLOGIE MOLECULAIRE

PCR COVID-19 (SARS-CoV-2)

Nature du prélèvement:

Ecouvillon naso-pharyngé

Résultat:

Positif détecté en gène N,RdRP

(*applied biosystems QuantStudio 5 Dx, Siemens FTD SARS-CoV-2*)

CT:

23.4

Commentaire: Résultat à confronter au contexte clinique. Un résultat négatif ne prouve pas avec certitude l'absence d'infection par le COVID-19. Cette problématique concerne essentiellement la phase d'incubation du virus (notamment si contact < 5 jours avec une personne positive). Il y a donc lieu de prendre toutes les mesures de prévention pour éviter d'éventuelles transmissions.



PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : Hachfi Hachfi Zohra

Nature de la maladie (1) : Apoplexie

CIM-10 : I63.9

(1) A fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CMIM)

NATURE DES PRESTATIONS

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Médecin traitant *** Nature d'acte à préciser	11/05/23	C	2000H		_____
	10/05/23	C	Ciatur		_____
Radiographie *** Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios,...) *** Déclaration des circonstances du traumatisme si c'est le cas					_____

Analyses *** Demande d'accord préalable est obligatoire pour tout bilan lourd et spécifique	10.05.23	B298,51	40000DA		_____

Praticien	Date début et fin de soins (1)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					_____

(1) - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...)
- Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: 092034134

Date (1) début Traitement	Date (1) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
11/05/23		Azer 500mg	02	79,70	159,40
		Spacur 500mg	01	71,80	
		Vitalab zinc	01	99,90	
		Danie forte	02	99,20	
		Fitopel 150mg	02	159,00	
		Xyzall	01	80,40	
		TOTAL	09	622,10	

(1) Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE (1)

Code INPE: _____

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(1) - La prescription et la facture des verres sont obligatoires.



Casablanca, le 23/05/2023 في الدار البيضاء، في

T= 672.10

Hachraf Hachraf Zohra

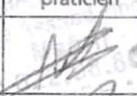
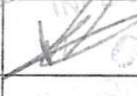

- + 2x 79.70
- (1) Aspirine 500
1 cp / j x 65 74.80
- (2) Sepcen 500 ou Spectrum 500
1 cp \leftarrow multi
1 cp \leftarrow apes repoz x 65
099.90
- (3) Vitablocs C + Dune
2x 49.60 2 gel / j x 105
- (4) D. dune forte
2x 79.50 1 Ampoule en Pulp
+ 1 Ampoule
- (5) Entolix
80 101 cas x 3 / j x 65
- (6) Xyzall
1 cp 101 x 10

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : Hachraf Habachi Zafra
 Nature de la maladie (1) : Aphtose
 CIM-10 : A14.001

(1) A fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CMIM)

NATURE DES PRESTATIONS

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Médecin traitant *** Nature d'acte à préciser	11/05/23	C	2000H		
	10/05/23	C	Criatur		
Radiographie *** Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios...) *** Déclaration des circonstances du traumatisme si c'est le cas					
Analyses *** Demande d'accord préalable est obligatoire pour tout bilan lourd et spécifique	10.05.23	3298,51	400000H		

Praticien	Date début et fin de soins (1)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

(1) - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie...)
 - Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: 002037134

Date (1) début Traitement	Date (1) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
11/05/23		Azix 500mg	02	79,70	159,40
		Spectin 500mg	01	74,80	
		Vitalab Zinc	01	99,90	
		Danie forte	02	99,20	
		Fitopelvis 150ml	02	159,00	
		Xyzall	01	80,40	
		TOTAL	09	672,10	140

(1) Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE (1)

Code INPE: |||||

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(1) La prescription et la facture des verres sont obligatoires.
 - En cas de changement d'acuité visuelle, un certificat du médecin traitant mentionnant l'ancienne et la nouvelle acuité est obligatoire pour le remboursement des verres avant délai.

Dr. Ouafae Guessous Krafess

Cabinet de Médecine Générale
Echographie
Expertise médicale - Diabétologie
Psychologie médicale



الدكتورة وفاء أتموس كرافيس

عيادة الطب العام
الفحص بالصدى
الخبرة الطبية - مرض السكري
التشخيص النفسي الطبي

Casablanca, le 10 05 23 في الدار البيضاء،

Hachraf Habaichi Zohar

RT PCR SARS cov 2


Tél : 02 98 80 71 / 06 14 17 27
INPE : 091014357





Solution buvable

FITO



CTIONS :

ion buvable - fl
ion buvable - fl

Contenu net: 150 ml

Lot: 220503
A consommer
de préférence avant le: 05/2025
PPC: 79,50 DH

, Fructose, Miel
de feuilles de ti
l), Acidifiant (aci
rs (sorbate de p

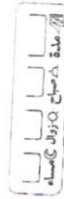
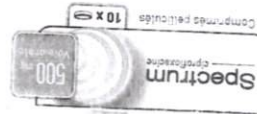


Contenu net: 150 ml

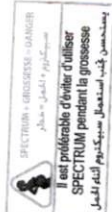
Lot: 220503
A consommer
de préférence avant le: 05/2025
PPC: 79,50 DH

otassium, benzoate de sodium, et arômes.
l'eucalyptus, agent de charge (glycérine),
ra sylvestris), extrait de propolis, acide
ôme, extrait de racine d'échinacée
acidifiant (acide citrique), conservateurs
im).

d'actifs naturels dont la propolis et



Spectrum® 500mg
Cytosine 70 Comprimés



أقراص مبلوسة
10 x 5

COOPER
PHARMA

Tableau A (Liste II / 11) جدول

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترام الجرعات الموصوفة
Uniquement sur ordonnance
فقط على وصفة طبية

Fabrique par / صنع من
COOPER

41, Rue Med DIOURI 2010 Casablanca
رأس مدينته الدورية 2010 الدار البيضاء
Pharmacie responsable
Amina DAOUDI

CI:6367