

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Recommandations 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.
- Une autorisation 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.

Prescription :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Prescription 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.

Prescription :

- Une ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Prescription :

- Une autorisation préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.

- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prescription :

- 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.

- Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- Une déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Information : contact@mupras.com
- Personne en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.



Declaration de Maladie

N° W21-663642

197473

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ABATTAH Nassimmed
 Date de naissance : 01-01-1948
 Adresse : 100, Rue Brahim Nakheï, Maarif
 Tél. : 0661133679 Total des frais engagés :
 exhumation - Casablanca

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Com'plément 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'at-
 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
 Fait à : Signature de l'adhérent(e) :
 Le : 06/03/24

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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

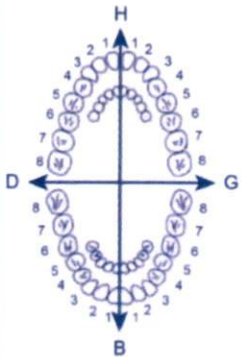
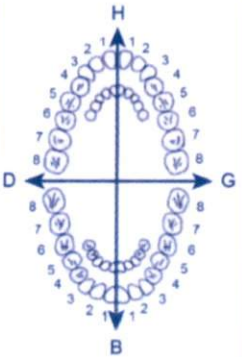
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi c

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE PAIEMENT



RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 29/01/2024
 Num Paiement : 1844168
 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 : 29/01/2024

Page:1 / 1

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 \ 001CMIM0307M20240125972542										
ML3457507	09/01/2024	CONSULTATION GENERALISTE	1	1.00	85.00 %	200,00	200.00	0.00	170,00	
ML3457507	09/01/2024	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	91,10	91.10	0.00	77,44	
ML3457507	09/01/2024	PHARMACIE NON REMB	1	1.00	forf	1 435,70	1435.70	0.00	0.00	
Total remboursé pour : ZOHRA						1 726,80			247,44	

Décompte : 1844168 Date de Paiement : 29/01/2024 Prestation : 247,44 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 : HACHAF Zaki Ep. HARACHI

MATRICULE ASSURE : 120614441 N° CIN : 18276391

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : _____ Lien de parenté : _____

MATRICULE BENEFICIAIRE : 1111111111

Date de naissance : 11/11/11

Montant des frais (DHS): 1726,80 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

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : Hachlaf Habouch Zehra
 Nature de la maladie (4) : Démence
 CIM-10 :

(4) À 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	03/02/24		2200		091074357
	09/01/24	Contrôle			
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					

Praticien	Date début et fin de soins (4)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

(4) 1 - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...)
 - Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: 092037134

Date début Traitement	Date fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
09-01-24		Xenlyls l'ait	01	321,00	
		Se lenin A	01	276,00	
		Omega color	01	308,00	
		Honant forte	03	176,50	
		Bresin Supp	01	91,10	
		TOTAL	07	1526,80	

(4) 2 Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE (1)

Code INPE: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

	Date	Montant	Signature et cache
Monture			
Verres ou Lentilles			

(4) 3- 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

PHARMACIE LA BRISSE

Dr. SELASSI Narjiss

18, Rue Abou Abass El Azif Maârif Casa

Tel: 0522 99 07 10 - Fax: 0622 92 10 70

ICE 00158216600012



الدركتور وفاء شمس الكرافس

عيادة الطب العام

الفحص بالصدى

الخبرة الطبية - مرض السكري

التشخيص النفسي الطبي

Casablanca, 06/01/24

الدار البيضاء، في

Hachlaf Habachi 20mg
321,00

1) Xerolys lait cohomol
Laff \leftarrow Son
276,00

2) Selenium ACE
308,00 1 def

3) Omega 3
3x 176,90 1 def.

4) Homest
1 def x 2/5 \leftarrow Son x
91,10

5) Bureau
comp

T=152680

OMEGACOEUR®

Wild Fish & herbal extracts

EPA & DHA OMEGA 3

MEDITERRANEAN FORMULA

- ▶ EPA⁽¹⁾ and DHA⁽²⁾ contribute to the normal function of the heart.
- ▶ DHA⁽²⁾ contributes to maintenance of normal brain function.



HOLISTICA
465, Ch. des Jallassières F-13510 EGUILLÈS - FRANCE
Tel: (33) 04 42 95 17 17 www.holistica.fr

Distrib. Maroc : Labo Novocos
17 rue Bab el Mansour - 20 000 Casablanca - Maroc
Tel: 212 22 94 83 74

60 Capsules
Net weight 44 g.
Natural food supplement



OMEGACOEUR®
Un produit Holistica



A consommer de préférence avant fin:

PROPRIÉTÉS NUTRITIONNELLES OU ALLÉGATIONS SANTÉ :
Honart forte contribue à une meilleure mobilité et souplesse articulaire tout en limitant l'usure du cartilage.
N° D'ENREGISTREMENT DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ :
DA20200244DMP/20UCA/MAV2
Agrement sanitaire
MA
CAPV.19.257.19

honart®
FORTE
Curcumine
Exsudat de Bambou

Voie Orale
30 gélules
Poids Net
529 mg - 15.87 g



honart®
Curcumine
Exsudat de Bambou
FORTE

000665
EXP : 09/2026
176,90 DH

pharmacie...
 • Ce médicament vous a été prescrit...
 donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes
 identiques, cela pourrait lui être nocif.
 • Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez
 un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à
 votre médecin ou à votre pharmacien.

Dans cette notice :

- 1 - Qu'est-ce que Brexin 20 mg, suppositoire et dans quels cas est-il utilisé ?
- 2 - Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Brexin 20 mg, suppositoire ?
- 3 - Comment utiliser Brexin 20 mg, suppositoire ?
- 4 - Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- 5 - Comment conserver Brexin 20 mg, suppositoire ?
- 6 - Informations supplémentaires

1 - Qu'est-ce que Brexin 20 mg, suppositoire et dans quels cas est-il utilisé ?

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Anti-inflammatoire non stéroïdien

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Brexin 20 mg, suppositoire est utilisé pour soulager certains symptômes de l'arthrose (maladie dégénérative des articulations), de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylarthrite ankylosante (affection rhumatologique de la colonne vertébrale), tels que le gonflement, la raideur et la douleur articulaire. Il ne guérit pas de l'arthrose et vous soulagera uniquement, aussi longtemps que vous continuerez à le prendre.

Votre médecin ne sera amené à vous prescrire du piroxicam qu'en cas de symptômes insuffisamment soulagés avec d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

2 - Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Brexin 20 mg, suppositoire ?

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament :

Avant de vous prescrire du piroxicam, votre médecin doit évaluer les bénéfices que ce médicament est susceptible de vous apporter par rapport au risque encouru de développer des effets indésirables. En raison de ce traitement, votre médecin pourrait avoir besoin de vous faire passer périodiquement des examens médicaux et sera alors amené à vous indiquer la fréquence à laquelle vous devrez être examiné.

CONTRE-INDICATIONS :

Ne pas utiliser Brexin 20 mg, suppositoire dans les cas suivants :

- Au-delà de 5 mois de grossesse révolus.

- Antécédents d'allergie à l'un des constituants
- Antécédent d'allergie au piroxicam, à d'autres médicaments, en particulier réactions cutanées (degré de sévérité) telles que la dermatite intense de la peau, avec desquamation de la ou par couches), les réactions vésiculo-bulles (Stevens-Johnson, affection dans laquelle la peau présente des vésicules rouges, une érosion le syndrome de Lyell (affection grave cutanée présence de vésicules et le décollement de la de la peau).

- Antécédents d'asthme déclenché par la prise d'un médicament apparenté, notamment aux non stéroïdiens, aspirine.

- Antécédents ou présence d'ulcère, d'hémorragie de l'estomac ou de l'intestin.

- Troubles ou antécédents de troubles gastro-intestinaux (inflammation de l'estomac ou des intestins) troubles hémorragiques tels que la rectocolite, maladie de Crohn, les cancers gastro-intestinaux (inflammation ou infection de vésicules du

- Prise d'autres AINS, y compris AINS sélectifs acétylsalicylique (substance présente dans médicaments, utilisée pour soulager la douleur élevée).

- Prise d'anticoagulants, tels que la warfarine de caillots sanguins.

- Maladie grave du cœur,

- Maladie grave du foie,

- Maladie grave du rein,

- Inflammation ou saignements récents du

- liée à la voie d'administration).

- Enfant de moins de 15 ans.

Si l'un ou l'autre de ces éléments précités vous devez pas prendre de piroxicam. Parlez-en à votre médecin.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE

L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE

Précautions d'emploi ; mises en garde :

Faites attention avec Brexin 20 mg, suppositoire

CE MEDICAMENT NE DOIT ETRE PRIS

MEDICALE.

Faites attention avec Brexin 20 mg, suppositoire

informez votre médecin avant de le prendre

les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens

mg, suppositoire peut être à l'origine de

intestinales, telles que douleur, hémorragie

Les médicaments tels que Brexin 20 mg,

augmenter le risque de crise cardiaque

d'accident vasculaire cérébral. Le risque

que les doses utilisées sont élevées et la

prolongée.

Ne pas dépasser les doses recommandées