

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

## tions 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.
- 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.

## Phacie :

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

## Biologie 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 :

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

## Education :

- Entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de séances d'éducations.

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

## Prothèse :

- 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.

## Adresses Mails utiles

Éclamation	: contact@mupras.com
Prise en charge	: pec@mupras.com
adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

IAS 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.

N° W21-663642

197473

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABDERRAHMANE MOHAMMED

Date de naissance :

01-01-1948

Adresse :

100 Rue Brahim Nakhla, Maârif

Tél. :

06.11.33.679 Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Conjointement conjoint Age :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Le : 01.03.24

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adhérent(e) et au 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) :



## RELEVE 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**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### VOLET ADHERENT

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

#### BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que les résultats de la radiographie de la racine.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATT



### RELEVE 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)

Nom et Prénom : HACHAF Zouhri E. HABACHI

MATRICULE ASSURE : 1900161144111 N° CIN : 1627639

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

Nom et Prénom : ..... Lien de parenté : .....

MATRICULE BÉNÉFICIAIRE : 1111111111111111

Date de naissance : 11 11 11

Montant des frais (DHS): 1726,85 Nombre de pièces jointes : 11

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

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

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](http://www.cmim.ma)

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : Hochflaffabuchs Zofing

Nature de la maladie ( ): Dysentéries

CIM-10: .....  
.....

(\*) À fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CMIV)

## NATURE DES PRÉSTATIONS

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	09/10/24		09/10/24 C200 100 250	INPE 09/10/24 14357	
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 (1)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					
					

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

## FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: 092039131

Date (1)² début Traitement	Date (1)² fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépens
09-01-24		Xowlys lait 500 ml Selonin A 100 ml Omega whey 500 ml Honat forte 63 Bresin super 01	500 100 500 63 01	321,00 276,00 308,00 176,90 91,10	
					PHARMACIE A BRISSE Dr. SELASSI Marijss 18, Rue Abou Abass El Afzif Tél: 0522 395 110 - 022 92 10 700 ICE: 091 688 166 000 11
		TOTAL	07	1526,80	

(\*)<sup>2</sup> Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

## OPTIQUE (1)

Code INPE: 1111111111

	Date	Montant	Signature et cache
Monture			
Verres ou Lentilles			

(e)<sup>3</sup>- 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  
Échographie  
Expertise médicale - Diabetologie  
Psychologie médicale

PHARMACIE NARJISS  
Dr. SELASSI Narjiss  
18, Rue Abou Abass El Azf Maârif Casa  
Tél: 0522 310710 - Fax: 0622 921070  
INPE 001588166000012



الدكتورة وفاء غسوس الكرافس

عيادة الطب العام  
الفحص بالصدري  
الخبرة الطبية مرض السكري  
التخسيص النفسي الطبي

الدار البيضاء، في Casablanca, 10/26

Hachloof Habachi Zehra  
321,00

1) Xerolip's lait corps ref.    
l'alpha < matin

276,00 ₦

2) Selenium ACE 

308,00 ₦

3) Omega 3    
3x 176,90 ₦  $\frac{3}{2} = 1526,80 ₦$

4) Horner    
l'alpha < matin  

91,10 ₦   

5) Bébé au   

8, Rue Assaad Bnou Zarara Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 98 80 71 - زنقة أسد بن زرار - المعارض - البيضاء - الهاتف:

Dr. Ouafae Guessous Krafess  
Cabinet de Médecine Générale  
Échographie - Diabetologie  
Psychologie médicale  
18, Rue Abou Abass El Azf Maârif Casa  
Tél: 0522 310710 - Fax: 0622 921070  
INPE 001588166000012



# OMEGACOEUR

Wild Fish & herbal extracts

## EPA & DHA OMEGA 3

### MEDITERRANEAN

### FORMULA

- EPA<sup>(1)</sup> and DHA<sup>(1)</sup> contribute to the normal function of the heart.
- DHA<sup>(2)</sup> contributes to maintenance of normal brain function.



HOLISTIC<sup>®</sup>  
465, Ch des Jalaisières F-13510 EGUILLES - FRANCE  
Tel: [33] 04 42 95 17 17 [www.holistica.fr](http://www.holistica.fr)

Distrib. Maroc : Libo 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 :



LE TRU<sup>®</sup>  
A consommer de préférence avant fin :

pharmacie...  
 • Ce médicament vous a été prescrit pour...  
 • Donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en...  
 • Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez 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 PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE :

Anti-inflammatoire non stéroïdien

**INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :**  
 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 rhumatoïde 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 de degré de sévérité telles que la dermatite et intense de la peau, avec desquamation de la peau ou couche(s), les réactions vésiculo-bulles, Stevens-Johnson, affection dans laquelle la peau présente des vésicules rouges, une érosion et le syndrome de Lyell (affection grave cutanée avec présence de vésicules et le décollement 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) ou troubles hémorragiques tels que la rectocolite hémorragique, la maladie de Crohn, les cancers gastro-intestinaux (inflammation ou infection de vésicules du côlon),

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

- Prise d'anticoagulants, tels que la warfarine ou les caillots sanguins,

- Maladie grave du cœur,

- Maladie grave du foie,

- Maladie grave du rein,

- Inflammation ou saignements récents du rectum ou de l'utérus (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 DOUCE, IL EST INDISPENSABLE D'AVISER VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN**

**Précautions d'emploi ; mises en garde :**  
 Faites attention avec Brexin 20 mg, suppositoire. Ne MEDICAMENT NE DOIT ETRE PRIS EN CAS DE DOUCE.

Faites attention avec Brexin 20 mg, suppositoire. Informez votre médecin avant de le prendre. Les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent être à l'origine de gastro-intestinales, telles que douleur, hémorragie. Les médicaments tels que Brexin 20 mg, peuvent 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.