

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise 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.

Matricule : *3140*

Société : *RAM*

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *BENHIMA Hassan*

Date de naissance : *05/11/56*

Adresse : *140, Rue de la Réunion Bourgogne
9000*

Tél. *0673244333* Total des frais engagés : *1009,30* Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même



Nature de la maladie :

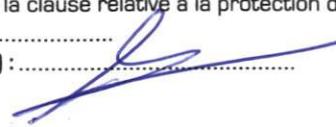
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :





CNIA SAADA
Assurance



CNIA SAADA
Assurance



Recommandations Importantes

Etablir une feuille de soins par personne et par maladie

- La feuille de soins doit comporter les cachets du médecin traitant, le nom et le prénom de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de la main du médecin traitant.
- La feuille de soins doit être accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant les médicaments, examens de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les pièces justificatives : factures des examens effectués ainsi que les résultats et comptes rendus y afférents qui doivent être mis sous pli confidentiel.
- Le nom et prénom de la personne malade doivent obligatoirement être portés par les praticiens eux-mêmes, sur chaque pièce transmise.
- Toutes les pièces concernant une maladie doivent être remises à la Compagnie dans les trois mois au plus tard suivant la date d'ordonnance médicale.
- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.
- Les prospectus et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- En Cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, la Feuille de soins doit être accompagnée d'une facture acquittée sur laquelle devront être précisés, s'il ne s'agit pas d'un forfait, la cotation des actes, la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de la pharmacie.
- Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie sont conservés par la Compagnie.
- Tout dossier retourné pour complément d'information doit être retransmis à la compagnie dans un délai de 3 mois à compter de la date du retour.
- Les documents et informations ayant un caractère confidentiel doivent être transmis sous pli fermé à l'attention du médecin conseil de la compagnie
- ALD-ALC : afin de pouvoir bénéficier des avantages correspondants à cette catégorie d'assurés en terme de remboursements, l'adhérent doit déclarer la maladie à l'assureur en remettant à l'un des agents gestionnaires les pièces suivantes : 1-formulaire d'examen ALD-ALC - 2-Pli confidentiel du médecin traitant précisant la nature de la maladie 3-les résultats des explorations
- Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'assuré doit produire annuellement un certificat de scolarité (au début de chaque année scolaire) ainsi qu'un acte de naissance et un certificat de célibat.
- Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la Loi.
- Les surcharges du nom, de la date de consultation ou des montants engagés ne sont pas acceptées.

VOLET DÉTACHABLE
Feuille de soins
N° 6327785

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Exemplaire à conserver par l'agent gestionnaire

Matricule :
N° RCAR :
Nom et prénom de l'assuré(e) :

Date de consultation :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :



VOLET DÉTACHABLE
Feuille de soins
N° 6327785

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Exemplaire à conserver par l'assuré(e).

Matricule :
N° RCAR : 588319098
Nom et prénom de l'assuré(e) DEMNI / SALOUA

Date de consultation : 23/07/20
Total des frais engagés : 1.029,32 DH
Date de dépôt :



Feuille de soins et prestations médicales

N° 6327785 A

Maladie Maternité ALD - ALC Accident

Renseignements concernant l'assuré(e)

Matricule :
N° RCAR : 588319098

Centre de gestion :
Nom : DEMNI Prénom(s) : SALOUA

N° de C.I.N : ASS939
Adresse : 40, Rue de la Réunion, Bongogne Ville : CASA

Montant des frais engagés : 1.029,32 DHS GSM : 0673.744.333

Renseignements concernant le médecin

Médecin traitant :
N° INP: | | | | | | | |

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

Fait à : CASA, le

Signature de l'assuré(e)

CNIA SAADA Assurance. Société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances • siège social 216, Boulevard Zerkouani - 20 000 Casablanca Maroc • RC Casablanca : 22.341. CNSS : 167.8541 - Taxe professionnelle : 355.11.249 - IF : 01084025 - Tél. : 0522 47 40 40 - Fax : 0522 20 60 81 - www.cniasada.com



VOLET DÉTACHABLE
Feuille de soins
N° 6327785

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Exemplaire à conserver par l'assuré(e).



À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : *DR. A. BENATTOU*

Prénom(s) du patient : *Jeloua*

Date de naissance :

Lien de parenté avec l'assuré(e) :

Nature de la maladie à préciser obligatoirement sous pli confidentiel au médecin conseil de la compagnie.

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : *SO. Diférent*

Fait à : *DR. TYALI M. Hachem*

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
<i>28 JUIL 2020</i>	<i>CNIA</i>		<i>350,00</i>	<i>DR. TYALI M. Hachem</i> <i>Clinique de l'Assurance</i> <i>Tel. : 05 22 52 22 00 - Fax : 05 22 52 22 00</i>

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien et/ou l'Opticien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien et/ou de l'opticien attestant le paiement de la facture
<i>28/07/20</i>	<i>659,30 DT</i>	<i>Dr. A. BENATTOU</i>

Exemplaire à conserver par l'assuré(e).

Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Coefficients et valeurs	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue attestant le paiement de la facture

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis Nombre de séances : Établi le :

Facture Nombre de séances : Établie le :

Date des soins	Nombre	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien

Cadre réservé à CNIA SAADA Assurance

Médecin conseil	Fiche dossier

Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.

Dr TYAL Mohamed Hachem
Psychiatre-psychothérapeute

Maladies neuropsychologiques
et psychiques - Sexologie

Clinique
Villa des Lilas

الدكتور التيال محمد هاشم
طبيب نفسي - معالج نفساني
الأمراض العقلية، العصبية والنفسية
الصعوبات الجنسية

Casablanca, le 28 juillet 2020

Mme DEMNI Saloua Epouse Benhima

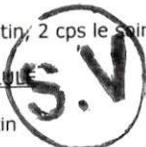
TERALITHE 250 MG COMPRIME SECABLE

2 cps le matin, 2 cps le soir



TUNELUZ 20 MG GELULE

1 cp le matin

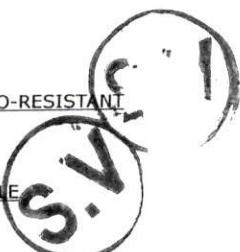


DEPAKINE 500 MG COMPRIME GASTRO-RESISTANT

1 cp le soir

MEDIZAPIN 5 MG COMPRIME PELLICULE

1 cp le soir



IPP 20MG COMPRIME

1 cp le matin



Traitements pendant : 1 Mois



Dr. TYAL M. Hachem
PSYCHOTHERAPEUTE
Clinique Villa des Lilas
88-90 Bd de l'Oasis Casablanca
Tél. : +212 522 77 66 71
Fax : +212 522 25 52 00
E-mail : drtyal@villadeslilas.ma
Web : www.villadeslilas.ma

Le 02/09/2020 à 0244

Membre de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive,
de la Société Française de Sexologie Clinique et de l'Institut Français d'Hypnose.

" Villa des Lilas " • 88 - 90 Bd de l'Oasis, Casablanca 20103 • Tél. : +212 522 77 66 71
Fax. : +212 522 25 52 00 • E-mail : drtyal@villadeslilas.ma • Web : www.villadeslilas.ma

ICE : 001638747000090 • IF : 43400591 • TP : 34751440

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Téralithe® 250 mg, comprimé s

carbonate de lithium

Veuillez lire attentivement

car elle contient des info

• Gardez cette notice. Vou

• Si vous avez d'autres que

pharmacien.

• Ce médicament vous a été

d'autres personnes. Il pour

maladie sont identiques au

• Si vous ressentez un quelqu

oncet indésirable, parlez-en à votre

médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet

indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat-R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Téralithe 250 mg, B100 cp

P.P.V : 67,60 DH

6 118000 060895

ez pas à

leur

édicament

TUNELU

Fluo>

LOT: 703883 EXP: 03/23

PPV: 189DH10

mg/gélule)

PRESENTATIONS

Gélules dosées à 20 mg de fluoxétine : étuis de 10, 20,

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Antidépresseur.

NOM ET ADRESSE DE L'EXPLOITANT

Laboratoires AFRIC-PHAR

Zone Industrielle, Ouest Ain Harouda, Route Régionale N°322 (ex

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Traitement symptomatique du pyrosis et des

le matin, et de

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Dépakine® Chrono 500 mg,

comprimé pelliculé
acide valproïque

▼ Ce médicament permettra l'atteinte
à sécurité. Vous
indésirable que v

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat-R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Dépakine chrono 600mg

cp pel b30

P.P.V : 113,30 DH

6 118000 191049

DEPAKINE CHR. 6 118000 191049 L'ENFANT

NAITRE S'IL EST PRIS PENDANT LA GROSSESSE

Les enfants exposés *in utero* au valproate présentent un élevé de troubles graves du développement (intellectuel moteur) et du comportement (jusqu'à 30 à 40 % des cas de malformations environ 10 % des cas).

► 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.

Que contient cette notice ?

IPP®

20 mg Gélules

Oméprazole

Boîte de 7, 14, 28 et 56 gélules

IPP®

Oméprazole 20 mg

Boîte de 28 gélules

P.P.V : 95,00 DH

6 118000 191049

i de
ce des

avoir
vous
mais
votre

ment
qu'un
d'omes

augmentation de
- Si vous avez
sévères.

IPP® peut favo
bactéries intra
volume et de la

La prise d'un int
que IPP® 20 mg
supérieure à un
le risque de frac
des vertèbres. I
souffrez d'osté
corticoïdes (qui
d'ostéoporose).
Précautions d'e
- Sujet âgé : au
nécessaire.

- Insistance ré
de la posologie.

- En cas d'effet
vérifier la bénig
cas de doute,
ou de votre phar
IPP® est un mé
portée des enf
Interactions ave
Contre-indiquée
Nécessitant de
devez informer
vous prenez l'
antimycosiques
phenytoïne, an
rifampicine, ataz

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.

Qu'est ce que IPP® et dans quel cas

est-il utilisé ?

Quelles sont les informations

à connaître avant de prendre IPP® ?

Comment prendre IPP® ?

MEDIZAPIN® 2,5mg, 5mg

Olanzapine



FORMES ET PRÉSENTATIONS :

Comprimés pelliculés « NON SECABLES » à 2,5 mg, boîte de 10 et boîte de 30



Prestations médicales

Groupe OCP

الخدمات الطبية

Décompte de remboursement du mois de septembre 2020 OCP

مراجع التعويض عن المرض لشهر سبتمبر 2020

Matricule: 5883190980

DEMNI SALOUA

40 RUE DE LA REUNION APP NO 4
2EME ETAGE BOURGONE
CASABLANCA
CASABLANCA

Madame, Monsieur,

سيدي سيدتي

Nous vous informons que nous avons procédé au remboursement de vos feuilles de soins sus référencées suivant décompte ci-après:

نحيطكم علما اننا قد قمنا بتعويضكم عن ملفاتكم المرضية حسب المراجع المفصلة كما يلي

N° de dossier	Bénéficiaire	Prestation:	Nombre Acte	Frais Engagés	Somme Remboursement	Date de règlement	Mode de règlement
18020835	Agent	ANALYSES BILOG	1	90.00	75.00	25/09/2020	Virement
18020835	Agent	CONS PROF JOUR C3	1	350.00	190.00	25/09/2020	Virement
18020835	Agent	PHARMACIE	1	747.20	597.76	25/09/2020	Virement
6327785	Agent	CONS PROF JOUR C3	1	350.00	190.00	18/09/2020	Virement
6327785	Agent	PHARMACIE	1	659.30	527.44	18/09/2020	Virement
6327817	Agent	CONS PROF JOUR C3	1	350.00	190.00	24/09/2020	Virement
6327817	Agent	ANALYSES BILOG	1	270.00	225.00	24/09/2020	Virement
6327817	Agent	PHARMACIE	1	577.70	462.16	24/09/2020	Virement

Total remboursement du mois de septembre 2020 : 2 457.36 Dh 2020

Nous vous en souhaitons bonne réception et vous prions d'agréer,
Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

تقبلوا سيدي سيدتي فائق عبارات التقدير و الإحترام.