

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

## onditions 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.

## armacie :

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

## diologie 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.

## ique :

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.

## taire :

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.

## adie 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.

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

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

**Complément**  
**Déclaration de Maladie**

N° P19- 063981

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3140 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : BENHIMA Hassan

Date de naissance : 05/11/1956

Adresse : 40 Rue de la Réunion Bourgogne

Tél. : 0633744333

Total des frais engagés : 1009,30 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :





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 :



CNIA SAADA  
Assurance

## 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 : A55939  
Adresse : 40, rue de la Réunion BONGAGNE Ville : CASA  
Montant des frais engagés : 1009,30 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)  
Saloua

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 Zerkouni - 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.cniasaada.ma

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 : 1009,30 DHS  
Date de dépôt :



## À remplir par le Médecin

### Renseignements concernant le patient

Nom du patient : Dr. T. Epe Benattou Prénom(s) du patient : Solna  
 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 : SD Reprofit  
 Fait à : ..... le .....

### 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
28 JUL 2020	CNBB		350,00	Dr. TYAL M. Hachem Clinique PSYCHIAATRE 88-90 Bd des L'Opéra des Lilas Tel : 01 22 52 22 60 70 Fax : 01 22 52 22 60 20

### 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
28/07/20	659,30 D+1	PHARMACIE DYAR CHA N° 1 Sier Raha Tel. : 05 22 96 94 86 Dr. A. BENATTOU

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 : ..... Établi 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.



Casablanca, le 28 juillet 2020

Mme DEMNI Saloua Epouse Benhima

7,60  
TERALITHE 250 MG COMPRIME SECABLE

2 cps le matin, 2 cps le soir

89,10  
TUNELUZ 20 MG GELULE

1 cp le matin

13,30  
DEPAKINE 500 MG COMPRIME GASTRO-RESISTANT

1 cp le soir

94,30  
MEDIZAPIN 5 MG COMPRIME PELLICULE

1 cp le soir

35,100  
IPP 20MG COMPRIME

1 cp le matin

659,30 DH  
Traitement pendant : 1 Mois



Dr. TYAL M. Hachem  
PSYCHIATRE  
88-90 Bd de l'Oasis - Casablanca  
Tél.: +212 5 22 77 66 71 - Fax: +212 5 22 255 200

02/09 / 2020 à 12h41  
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. Vous
- Si vous avez d'autres que
- Ce médicament vous a été
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Téralithe 250 mg, B100 cp  
P.P.V : 67,60 DH



médicament

ez pas à  
de leur

# TUNELU

Fluo

LOT: 203883 EXP: 03/23  
PPV: 189DH10

mg/gélule)

PRÉSENTATIONS  
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 Harrouda, 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 à libération prolongée

acide valproïque  
Ce médicament permettra l'obtention d'une sécurité. Vous n'avez pas d'effet indésirable que vous

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Depakine chrono 500mg  
cp pel b30  
P.P.V : 113,30 DH



L'ENFANT

Les enfants exposés *in utero* au valproate présentent un  
N'oubliez pas de prendre l'antidépresseur pendant la grossesse.  
N'oubliez pas de prendre l'antidépresseur pendant la grossesse.  
N'oubliez pas de prendre l'antidépresseur pendant la grossesse.

# IPP®

20 mg Gélules

Omeprazole

Boîtes de 7, 14, 28 et 56 gélules

IPP®  
Omeprazole 20 mg  
Boîte de 28 gélules

P.P.V. : 95,00 DH



de  
ce  
des  
avoir  
vous  
irra-  
votre  
ment  
qu'un  
ômes

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 ?

1. Qu'est-ce que l'IPP® et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre l'IPP® ?
3. Comment prendre l'IPP® ?

augmentation de  
• Si vous avez  
severes.  
IPP® peut favoriser  
bactéries intra-  
volume et de l'ai-  
La prise d'un anti-  
que l'IPP® 20 mg  
supérieure à un  
le risque de frac-  
des vertèbres. I-  
souffrez d'ostéop-  
corticoïdes (qui  
d'ostéoporose).  
Précautions d'usage  
- Sujet âgé : au-  
nécessaire.  
- Insuffisance ré-  
de la posologie  
- En cas d'ulcère  
vérifier la bénig-  
En cas de doute,  
ou de votre phar-  
micien.  
IPP® est un médi-  
cament à long terme.  
Contre-indiquée  
Nécessitant de  
devez informer i-  
vous prenez l'anti-  
antimycosiques  
phénytoïne, an-  
rifampicine, ataz-

# MEDIZAPIN® 2,5mg, 5mg

Olanzapine

1209000

S  
E  
P  
A  
N  
N  
L

Medizapin 2,5  
2 mg

PPV: 194 DH 30

lose, Hydroxypropylcellulose, faibl  
rate de magnésium, Hydroxypropyl  
xyde de fer jaune

FORMES ET PRÉSENTATIONS :

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



Prestations médicales

Groupe OCP

الخدمات الطبية

Décompte de remboursement du mois de septembre 2020 OCP

مرجع التعويض عن المرض لشهر ستمبر 2020 OCP

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 بتعويضكم عن ملفاتكم المرضية حسب المراجع المنفصلة 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
X 6327785	Agent	CONS PROF JOUR C3	1	350.00	190.00	18/09/2020	Virement
X 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
X 6327817	Agent	PHARMACIE	1	577.70	462.16	24/09/2020	Virement

Total remboursement du mois de septembre 2020 : 2 457.36 Dh مجموع التعويضات عن الخدمات الطبية لشهر ستمبر 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.