

## 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



## Declaration de Maladie

N° W19-469850

CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A9908 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUFI MY DLI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661789574 Total des frais engagés : 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) :



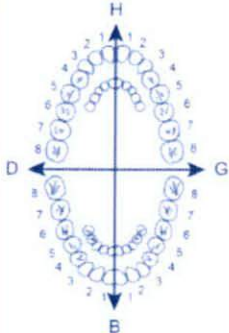
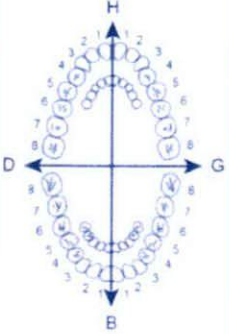
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

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"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





### RELEVÉ DES PRESTATIONS

<b>Date de paiement</b> : 06/01/2020 <b>Num Paiement</b> : 823005 <b>Assuré</b> : LAMOURI MERYEM <b>N° d'immatriculation</b> : 10112051 <b>Mode de règlement</b> : Virement Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <a href="https://assures.cmim.ma/">https://assures.cmim.ma/</a>	<b>LAMOURI MERYEM BMCE BANK "APP"</b> <b>Consolidation et Pilotage des Risques</b> <b>Groupe</b> <b>MAROC</b>
Emis à Casablanca le : 06/01/2020	
Page:1 /2	

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 CHORFI AIDA / 40010913 \ 001CMIM0209M20200103431308										
ML657511	07/12/2019	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	250,00	300.00	0.00	212,50	
ML657511	07/12/2019	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	77,60	77.60	0.00	65,96	
Total remboursé pour : AIDA						327,60			278,46	

**Décompte : 823005 Date de Paiement : 06/01/2020 Prestation : 278,46 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- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les 3 mois qui suivent le premier acte médical.
- 2- les risques liés aux accidents de travail, de la voie publique et les maladies professionnelles, pouvant être indemnisés par un tiers responsable ne sont pas couverts.
- 3- l'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions réglementaires.
- 4- La présente demande est remplie par le médecin lors de chaque visite et par le pharmacien lors de l'exécution de chaque ordonnance médicale.
- 5- 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
- 6- Facture de l'opticien : lunettes & lentilles
- 7- Prescription des analyses et radio
- 8- Copies des résultats des analyses et comptes rendus des radiographies doivent être joints aux ordonnances transmises
- 9- Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible de sanctions légales et réglementaires.

### 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 conseil, 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, 36 bd d'anfa, 20000-CASABLANCA.

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



### DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

REFERENCE DOSSIER

(Réservée à la CMIM)



\*ML657511\*

D:

T:

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

Nom et Prénom : LAYOUDI MERUEY  
MATRICULE ASSURE : 10112051 N° CIN : BC762716

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : CHORFI AIDA Lien de parenté : Ceint  
MATRICULE BENEFICIAIRE :  
Date de naissance : 120716  
Montant des frais (DHS) : 327,60 Nombre de pièces jointes : 3

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET
<p>Numéro bordereau : <u>23 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30</u></p> <p>CACHET</p> <p>BMCE BANK</p> <p>19100 2003</p>	<p>CACHET</p> <p>21 22 23 24 25 26 27 28 29 30</p>

SIEGE SOCIAL: 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tél: 0522.20.24.20/21 Fax : 0522.26.24.51

Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : [www.cmim.ma](http://www.cmim.ma)



# PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : CHORFI Aida

Nature de la maladie : Insuffisance ventriculaire

CIM-10 :

## Nature des prestations

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	CODE INP (Obligatoire)
Médecin traitant	07 DEC 2019	ls 250	100	INP : 091036160
Radiographie				
Analyses				

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

\* la date fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinesithérapie, Dialyse Psychothérapie...)

## FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INP : 091036160

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Depense	OBSERVATIONS
21/12/19	Vagolene 94%	01	17,60		
	Entenza	01	60,00		
	TOTAL	02	77,60		

## OPTIQUE

Code INP :

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

PHARMACIE LM  
Dr. Mohamed LAHLOU  
24, Bis Rue Seignolue  
Angle Rue de Rome - Casa  
Tél : 05 22 83 43 95  
Fax : 05 22 61 63 31  
RC : 378383 - N° : 15221985



**PACKAGE LEAFLET : INFORMATION FOR THE USER**

**Enterogermina® 2 billion/5 ml,  
Enterogermina® 2 billion, hard caps**

Spores of polyanitibiotic-resistant *Bacillus clausii* – oral use

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Enterogermina, susp b 10 n  
P.P.V : 60,00 DH



**Read this leaflet carefully before you start taking this medicine as it contains important information for you.**

Always take this medicine exactly as described in this leaflet or as your doctor or pharmacist has told you.

- Keep this leaflet. You may need to read it again.
- If you would like more information or advice, ask your doctor or pharmacist.
- If you experience any of the undesirable effects, including effects not listed in this leaflet, speak to your doctor or pharmacist. See section 4.
- Talk to your doctor if you do not notice any improvements or if you notice a worsening of symptoms after a brief period of treatment.

**What is in this leaflet :**

1. What Enterogermina is and what it is used for
2. What you need to know before you take Enterogermina
3. How to take Enterogermina
4. Possible side effects
5. How to store Enterogermina
6. Further information

**1. WHAT ENTERGERMINA IS AND WHAT IT IS USED FOR**

Enterogermina is a medicine consisting of a spore suspension of *Bacillus clausii*, normally present in the intestine, without disease-causing capacity (without pathogenic ability).

Enterogermina is used for:

- the prevention and treatment of the alteration of the normal balance of intestinal flora (gut microbiota) and vitamin deficiencies in the body resulting from the imbalance of intestinal flora (endogenous avitaminosis);
- coadjutant treatment to restore intestinal microbial flora altered during treatment with antibiotics or chemotherapy;
- the treatment of acute and chronic gastrointestinal diseases of infants caused by poisoning or alteration of the normal balance of intestinal flora (intestinal dysmicrobiota) or vitamin deficiencies in the organism (avitaminosis).

**Health education notes**

The intestinal bacterial flora constitutes a real defensive barrier against harmful bacteria. Its balance can be upset by intestinal infections, poisoning, food disorders, changes in diet or use of antibiotics. This imbalance manifests itself as diarrhoea, abdominal pain and an increase in air in the intestine.

Talk to your doctor if you do not notice any improvements or if you notice a worsening of symptoms after a brief period of treatment.

**2. WHAT YOU NEED TO KNOW BEFORE YOU TAKE ENTERGERMINA**

**Contra-indications :**

**Do not take Enterogermina**

- if you are allergic to spores of polyanitibiotic-resistant *Bacillus clausii* or any of the other ingredients of this medicine (listed in section 6).

**Appropriate precautions for use ; Special warnings :**

**Warnings and precautions**

Talk to your doctor or pharmacist before taking Enterogermina.

This medication is for oral use only. Do not inject or administer through other routes. Improper use of the medicine has resulted in severe anaphylactic reactions such as anaphylactic shock.

During treatment with antibiotics, ingest Enterogermina between one administration and the other of the antibiotic.

If you notice the presence of capsules, or of tiny particles in the Enterogermina vial, that does not mean that the product has been impaired, as these are simply clusters of *Bacillus clausii* spores.

**Other medicines and Enterogermina**

Inform your doctor or your pharmacist if you are taking, have recently taken or could take any other medication, including over-the-counter medication.

No disorders [interactions] are envisaged concerning the association between Enterogermina and other medicines.



**VOGALENE 0,4 %, solution buvable en flacon de 30 ml**  
Métopimazine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre le médicament.  
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.  
Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.  
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes.  
Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**فوخالين 0,4%**  
ميموبيمازين

Lot :

Ul. Av.:

PPV, DH :

**17,60**

**1. Composition du médicament**

**Métopimazine**

Excipients : Acide citrique monohydraté, Acide ascorbique, Citrate de sodium, Glycerol, Alcool éthylique à 95°, Soluté alcoolique d'orange à 70°  
10 gouttes contiennent 1 mg de métopimazine.

Liste des excipients à effet notoire : Sodium, Disulfite de sodium.

**2. Classe pharmacothérapeutique ou le type d'activité**

Classe pharmacothérapeutique : antiémétiques et anti-nauséeux

**3. Indications thérapeutiques**

Ce médicament est préconisé dans le traitement des nausées et vomissements.

**4. Posologie**

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

10 gouttes contiennent 1 mg de métopimazine.

La posologie est à adapter en fonction de l'heure et de l'intensité des nausées et vomissements.

Adultes : 15 à 30 mg/jour.

Enfants de 6 à 12 ans : 7,5 à 15 mg/jour.

Enfants de moins de 6 ans : 1 mg par kilo et par jour soit 10 gouttes par jour.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

**5. Contre-indications**

Ne prenez jamais VOGALENE 0,4 %, solution buvable en flacon dans les cas suivants :

- Si vous êtes allergique à la métopimazine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament « cf. Composition du médicament » ;

- Si vous avez un glaucome ;

- Si vous avez des troubles urétrorétronasaux ;

- Si votre ECG (électrocardiogramme) montre un problème cardiaque appelé "allongement de l'intervalle QT".

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

**6. Effets indésirables**

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde :

- Somnolence,

- Des contractures musculaires, pouvant entraîner des difficultés à effectuer certains mouvements (marche, écriture, parole...),

ou des mouvements anormaux,

- Malaises à type d'hypotension, lors du changement de position (allongé/debout) observés en particulier avec la forme injectable,

- Sécheresse de la bouche,

- Constipation,

- Troubles de l'accommodation visuelle,

- Rétention urinaire,

- Impuissance, frigidité,

- Arrêt des règles, écoulement anormal de lait, développement des seins chez l'homme, excès de prolactine (hormone provoquant la lactation),

- Eruption de boutons, rougeur de la peau.

- Des troubles du rythme cardiaque (battements cardiaques rapides ou irréguliers) ont été rapportés ; si tel est le cas, vous devez arrêter immédiatement ce traitement.

En raison de la présence de disulfite de sodium, risque de réactions allergiques, y compris réaction allergique généralisée avec gêne respiratoire.

**Déclaration des effets secondaires**

Si vous ressentez un quelconque effet 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.

La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament.

**7. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi**

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre VOGALENE 0,4 %, solution buvable en flacon.

L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucrase/somaltase (maladies héréditaires rares).

Ce médicament contient du disulfite de sodium et peut provoquer des réactions allergiques sévères et une gêne respiratoire.

Ce médicament contient 10,8% de vol d'éthanol (alcool) soit 25 mg d'alcool pour 10 gouttes. L'utilisation de ce médicament est dangereuse chez les sujets alcooliques et doit être prise en compte chez les femmes enceintes ou allaitant, les enfants et les groupes à haut risque tels que les insuffisants hépatiques ou les épileptiques.

Ce médicament contient du sodium. Le taux de sodium est inférieur à 1 mmol par prise, c'est-à-dire « sans sodium ».

Chez le sujet âgé, l'insuffisance hépatique et/ou rénale, une somnolence, des vertiges peuvent témoigner d'un surdosage.

La prise de ce médicament est déconseillée avec des boissons alcoolisées ou des médicaments contenant de l'alcool « cf. Interactions avec d'autres médicaments ».

VOGALENE 0,4 %, solution buvable en flacon contient de l'alcool, du disulfite de sodium, du saccharose et du sodium.