

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

## Informations 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.

## 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 :

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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

Complément  
Déclaration de Maladie

N° P19- 066553

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3140

Société : RAM

58320

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENHIMA - Hassan

Date de naissance : 05/11/56

Adresse : 40, rue de la Réunion Baguiche

Tél. 06 73 74 43 33

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 : CASA

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.



CNIA SAADA  
Assurance



## Feuille de soins et prestations médicales N° 6327745 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 Bourgogne  
Ville : CASA  
Montant des frais engagés : ..... DHS GSM : 0673744333

### Renseignements concernant le médecin

Médecin traitant : .....  
N° INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

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

Fait à : ..... 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° 6327745

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° 6327745

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 / S  
Date de consultation : .....  
Total des frais engagés : .....  
Date de dépôt : .....



## À remplir par le Médecin

### Renseignements concernant le patient

Nom du patient : Demni Epse Benhima Nom(s) du patient : Salawa

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 : SA depressif

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
30/09/2020	1	Consult psy	350	<b>DR T. M. HACHEM</b> PSYCHIATRE Clinique Villa Des Lilas Tél : 0522.051.512 / 0522.051.513 Fax : 0522.051.530 INPE : 091137646

### 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
30/09/2020	138,90	<b>PHARMACIE DYAR CHA</b> N° 4 Sidi Rahal Tél : 05 28 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
30/09/2020	B 50	90.00 DH	<b>LABORATOIRE SANI RACINE</b> 50 Bd Ain 1 Tél: 05 22 48 10 49 / 05 22 47 32 32

## 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.



30 septembre 2020

67,60

Mme DEMNI SALOUA EPOUSE BENHIMA

TERALITHE 250 MG COMPRIME SECABLE

183,10x2

1 cp le matin, 1 cp le soir

TUNELUZ 20 MG GELULE

183,30x2

1 cp le matin, 1 cp à midi

DEPAKINE CHRONO 500 MG COMPRIME GASTRO-RESISTANT

167,40

1 cp le matin, 1 cp le soir

MEDIZAPIN 5 MG COMPRIME PELLICULE

25,00

1 cp le soir

IPP 20MG COMPRIME

4030

1 cp le matin

XANAXW 0,5 MG COMPRIMES

4180

1/2 cp le matin, 1/2 cp à midi, 1 cp le soir

AVLOCARDYL 40 MG COMPRIME

122,00

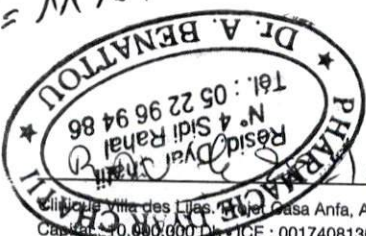
1/4 cp le matin, 1/4 le soir

STILNOX 12,5 COMPRIMES

1 cp si insomnie

Traitement pendant : 1 Mois

Dr Tyal M.Hachem  
PSYCHIATRE  
Clinique Villa Des Lilas  
Tél : 0522.051.512 / 0522.051.513  
Fax : 0522.051.530  
INPE : 091187646



Clinique Villa des Lilas, 100m Casa Anfa, Angle rue Anfa Clubs et rue des Plateformes 1, Casablanca 20200, Maroc  
Capital : 20.000.000 DH • ICE : 001740813000078 • RC : 358865 • IF : 40238961 • TP : 36002344 • CNSS : 8596283  
Tél : +212 522 774 170 • Fax : +212 522 051 520 • E-mail : contact@villadeslilas.ma  
www.villadeslilas.ma • @cliniquevilladeslilas



Prestations médicales

Groupe OCP

الخدمات الطبية

Décompte de remboursement du mois d'octobre 2020 OCP

مرجع التعويض عن المرض لشهر أكتوبر 2020 OCP

DEMNI SALOUA

Matricule: 5883190980

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

Madame, Monsieur,

سيدي سيديتي

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
6327745	Agent	CONS PROF JOUR C3	1	350.00	190.00	14/10/2020	Virement
6327745	Agent	ANALYSES BILOG	1	90.00	75.00	14/10/2020	Virement
6327745	Agent	PHARMACIE	1	1 138.90	911.12	14/10/2020	Virement
6327818	Agent	PHARMACIE	1	259.00	207.20	14/10/2020	Virement

Total remboursement du mois d'octobre 2020 :

1 383.32 Dh مجموع التعويضات عن الخدمات الطبية لشهر أكتوبر 2020

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

تقبلوا سيدي سيديتي فائق عبارات التقدير والإحترام.

# TUNELUZ®

20 mg  
Boîtes de 10, 20 et 30 gélules  
Fluoxétine

signaler s'il pense que ce médicament agit sur son comportement.  
Enfants et adolescents : Les patients de moins de 18 ans, sensibles aux idées d'opposition et colères) utilisés chez les enfants souffrant de dépression modérée à sévère. Les données de sécurité et d'efficacité sont limitées. Toutefois, la fluoxétine peut être prescrite TUNELUZ® à un patient de moins de 18 ans sous la surveillance d'un médecin si l'un des symptômes suivants sont présents : TUNELUZ® ne doit pas être utilisé en association avec d'autres médicaments. Informez à votre médecin de tous les médicaments que vous prenez. Ne prenez pas TUNELUZ® si vous prenez certains IMAO (antidépresseurs) ou si vous avez récemment pris un IMAO non sélectif ou si vous avez des antécédents de syndrome sérotoninergique.

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes. Si vous avez des questions, demandez conseil à votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à d'autres personnes. Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

LOT: 203881 EXP: 03/23  
PPV: 189DH10

1. Comment prendre TUNELUZ® ?  
2. Quels sont les effets indésirables éventuels ?  
3. Comment conserver TUNELUZ® ?  
4. Informations supplémentaires.

# Xanax 0.5 mg®

Comprimé sécable - Boîte de 30  
(DCI : Alprazolam)

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce 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 pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à d'autres personnes. Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1. Composition du médicament  
Principe Actif : Alprazolam  
Excipients : Lactose, amidon, saccharose, huile de tournesol, dioxyde de titane, talc, povidone, stéarate de magnésium, lauryle sulfate de sodium, croscarmellose, polyvinyle, alcool éthylique, eau purifiée, huile de tournesol, dioxyde de titane, talc, povidone, stéarate de magnésium, lauryle sulfate de sodium, croscarmellose, polyvinyle, alcool éthylique, eau purifiée.

2. Classification  
Classe : Anxiolytiques  
Code : 12

3. Indications  
Ce médicament est utilisé pour traiter l'anxiété.

4. Posologie  
Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.  
Posologie : Réservée à l'adulte.  
La posologie est strictement individuelle et il n'est pas possible de définir une posologie standard. Dans tous les cas, conformez-vous à la prescription de votre médecin traitant.  
Mode et/ou voie d'administration : Voie orale.  
Avaler ce médicament avec un verre d'eau.

## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

**Dépakine® Chrono 500 mg,**  
comprimé pelliculé sécable à libération prolongée  
acide valproïque

▼ Ce médicament peut entraîner des effets indésirables. Vous devez être informé de ces effets indésirables.

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaa 20250 - Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30  
P.P.V. : 113DH30

6 118001 081073

L'ENFANT

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

30 septembre 2020

**MME DEMNI SALOUA EPOUSE BENHIMA**

Analyses :

Lithium sérique

**Dr Tyal M. Hachem**  
**PSYCHIATRE**  
Clinique Villa Des Lilas  
Tél : 0522.051.512 / 0522.051.513  
Fax : 0522.051.530  
M. B : 991137646



LABORATOIRE  
**TOUZANI**  
RACINE

**Dr Othmane TOUZANI**  
Spécialiste en : Hématologie - Biochimie - Bactériologie  
Virologie Clinique - Immunologie - Parasitologie - Mycologie  
Biologie de la Reproduction (Université Marseille)  
Qualité en Biologie Médicale (Université Bordeaux)

**FACTURE N° : 200930028**

Casablanca le 30-09-2020

INPE :   
093061422

**Mme Saloua DEMNI**

Date de l'examen : 30-09-2020

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E25	E
0125	Lithium	B50	B

Total des B : 50

TOTAL DOSSIER : 90.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre-vingt-dix dirham

LABORATOIRE TOUZANI RACINE  
50 Bd Aïn Taoujtate Casablanca  
Tél: 05 22 47 49 49 / 05 22 47 52 52

**La Qualité est notre souci permanent**

50, Boulevard Aïn Taoujtate, Racine (prolongement clinique Badr) - Casablanca - Maroc  
Tél : 05 22 47 49 49 / 47 52 52 - Fax : 05 22 48 66 00 - E-mail : laboratoireltr@gmail.com  
INPE : 093061422 Patente : 35652203 IF : 18744872 ICE : 001547834000059 CNSS : 5413323