

## 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, parodontologie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédie 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

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

## Déclaration de Maladie

N° W21-764949

137769

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 10452

Matricule : 10452 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : SETTY

Nom & Prenom : E. LAHABOU

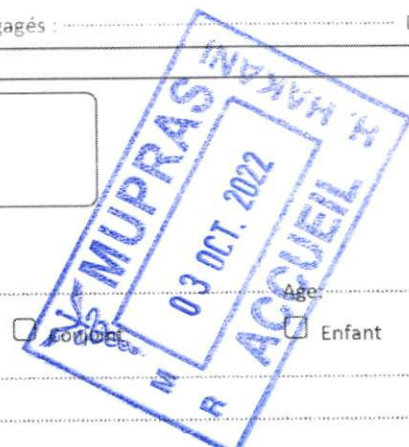
Date de naissance : 26/07/1975

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : .....

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 : ASA

Le : 03/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

Dr. CARIU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوويل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

M' EL RHODAI BI Hamda

Casablanca, le : 09/07/21

500 X 6 JARDIANE 10 1 le matin -  
glucophage 850 1 à midi

450 X 3 pour Gmon

34356

Dr. CARIU BELQADI Joëlle  
Maarif - CASABLANCA


PHARMACIE EL LOTF  
Mme. BENJELLOUN NEEMA  
313, Bd. Oued Tensift El Oulfa  
Casablanca - Tél. 22.91.60.22

119, شارع بئر انزران - إقامة رمزي, باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 14 67 - 05 22 23 84 84 - 05 22 99 26 53

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maarif - 20100 CASABLANCA  
Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr - ICE : 001634169000021



<b>RELEVÉ DES PRESTATIONS</b>		 <b>الصندوق التآصذي المهني المغربي</b> <b>Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine</b>
Date de paiement : 08/08/2022 Num Paiement : 1454346 Assuré : EL RHODAIBI HASSAN N° d'immatriculation : 10054129 Mode de règlement : Virement	<b>EL RHODAIBI HASSAN (BANK OF AFRICA)</b> <b>AUC</b> <b>EL OULFA MAROC</b>	
Emis à Casablanca le : 30/09/2022		Page : 1

Nous avons le plaisir de vous informer ci-dessous des règlements effectués en votre faveur.

N° dossier	Date de soins	Actes	Qte	Coef	Taux de Remboursement	Dépenses	Base de remboursement	Remboursement autre mutuelle ou assurance	Montant rembourser	Motif rejet
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0240M20220804003692										
ML3106765	08/07/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1,00	85.00	250,00	300,00	0,00	212,50	
ML3106765	08/07/2022	JARDIANCE 10 MG (550 DH)	6	1,00	85.00	3 300,00	3 300,00	0,00	2 805,00	
ML3106765	08/07/2022	GLUCOPHAGE 850 850 MG (Prix : 45,2 dhs)	3	1,00	85.00	135,60	135,60	0,00	115,26	
Total remboursé pour HASSAN						3 685,60			3 132,76	
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0275M20220804003988										
ML3255187	20/06/2022	PHARMACIE	1	1,00	85.00	416,80	416,80	0,00	354,28	
Total remboursé pour HASSAN						416,80			354,28	
Total général remboursé									3 487,04	



## 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) (1)

Nom et Prénom : EL RHODRIBI HASSAN

MATRICULE ASSURE : 10954129

N° CIN : 8E84943

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : EL Rhodri B. Hassan Lien de parenté : 77

MATRICULE BENEFICIAIRE : \_\_\_\_\_

Date de naissance : 10/10/1967

Montant des frais (DHS): 374,90 Nombre de pièces jointes : 105

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

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

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 : El Khadja Husein

Nature de la maladie (4): Maladie urinaire

CIM-10:

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

## NATURE DES PRÉSTATIONS

[illegible]

Praticien	Date début et fin de soins (+)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					_____
					_____

(a)<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: 992930 BH 9

Date (4) début Traitement	Date (4) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
20/0/2022		Augmenter la dose	01	126,30	126,30
		Prise de sang	02	101,00	202,00
		Ke-150g	01	46,60	46,60
		TOTAL	04	416,80	416,80

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

## OPTIQUE 11

Code INPE: | | | | | | | | | |

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(a)<sup>2</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.



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT  
HAY HASSANI  
CHP HAY HASSANI

## Ordonnance

Casablanca, 20/06/22

EL Rhodabi Hassan

① Augmentin 1g  
168,20 1 x 2/1 p 7

② Quinolone 2g  
101,00 x 2 1 x 1/1 p 7

③ Xelid 50  
46,60 1 x 1/1 p 7

Docteur EL ONK El Mostafa  
Délégation Hay Hassani  
INPE: 111052916  
Casablanca

110, Bd. BOUCHAIB REDDAD et Bd. OUED SEBBOU - Casablanca  
Tél.: 05 22 90 76 56. Fax : 05 22 89 05 54







## 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



\* M L 3 1 0 6 7 6 5 \*

## DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D: \_\_\_\_\_

T: \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E) (1)

Nom et Prénom : EL RHODANE HASSAN

MATRICULE ASSURE : 10054429 N° CIN : BE84943

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : EL RHODANE HASSAN Lien de parenté : Jeune

MATRICULE BENEFICIAIRE : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Montant des frais (DHS): 3685,60 Nombre de pièces jointes : 10

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

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

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)



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	08.07 2022	C 2100			001030
Radiographie +++ Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios,...)					
Analyses +++ Demande d'accord préalable est obligatoire pour tout bilan lourd et spécifique					

Praticien	Date début et fin de soins (+) <sup>1</sup>	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					_____
					_____

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

FRAIS PHARMACÉUTIQUE

Code INP 092025014

Date (h) <sup>2</sup> début Traitement	Date (h) <sup>2</sup> fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
8 7 22		JARDIANCO Glucophage 850	06 03	5500 4520	
		TOTAL	09	343560	

(\*) Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

## OPTIQUE (1)

[illegible]

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(\*)<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.

**Jardiance®**  
Empagliflozine  
10 mg comprimés pelliculés  
25 mg comprimés pelliculés



313745-06

Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
PPV: 550 DH 00  
BOTTU S.A.

Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
PPV: 550 DH 00  
BOTTU S.A.

Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
PPV: 550 DH 00  
BOTTU S.A.

جاردانسيه  
اقراص 10 ملغ  
اقراص 25 ملغ

Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
PPV: 550 DH 00  
BOTTU S.A.

Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
PPV: 550 DH 00  
BOTTU S.A.

**Jardiance®**  
Empagliflozine  
10 mg comprimés pelliculés  
25 mg comprimés pelliculés



313745-06

Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
PPV: 550 DH 00  
BOTTU S.A.

Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
PPV: 550 DH 00  
BOTTU S.A.

جاردانسيه  
اقراص 10 ملغ  
اقراص 25 ملغ

Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
PPV: 550 DH 00  
BOTTU S.A.

Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
PPV: 550 DH 00  
BOTTU S.A.

GLUCOPHAGE 500 mg comprimés pelliculés  
GLUCOPHAGE 850 mg comprimés pelliculés  
GLUCOPHAGE 1000 mg comprimés pelliculés  
Chlorhydrate de metformine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

GLUCOPHAGE 10 mg comprimés pelliculés  
GLUCOPHAGE 150 mg comprimés pelliculés  
GLUCOPHAGE 1000 mg comprimés pelliculés  
Chlorhydrate de metformine

**1. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE GLUCOPHAGE ?**

**1.1. QUELLES SONT LES CONTRE-INDICATIONS ?**

Ne prenez jamais GLUCOPHAGE comprimés pelliculés si vous êtes allergique (hypersensibilité) à la metformine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (particulièrement dans le paragraphe 3.1).

**1.2. QUELLES SONT LES PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ?**

Si vous êtes un adulte en surpoids, la prise de Glucophage à long terme permet d'augmenter d'un à deux points le taux de HDL (le bon cholestérol) et de diminuer le taux de LDL (le mauvais cholestérol) et de triglycérides. Ces effets sont bénéfiques pour la santé cardiovasculaire.

Si vous êtes un adulte en surpoids, la prise de Glucophage à long terme permet d'augmenter d'un à deux points le taux de HDL (le bon cholestérol) et de diminuer le taux de LDL (le mauvais cholestérol) et de triglycérides. Ces effets sont bénéfiques pour la santé cardiovasculaire.

Si vous êtes un adulte en surpoids, la prise de Glucophage à long terme permet d'augmenter d'un à deux points le taux de HDL (le bon cholestérol) et de diminuer le taux de LDL (le mauvais cholestérol) et de triglycérides. Ces effets sont bénéfiques pour la santé cardiovasculaire.