

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0042067

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183

Société : AL8285

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HANNENI Mohamed

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : 100, Rue Brahim Nakhas, Maarif extension  
Casablanca

Tél : 0661133679

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : Remboursement Conjoint

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

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 : Cas

Le : 06/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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 de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



### RELEVÉ DES PRESTATIONS

<b>Date de paiement</b> : 02/01/2023 <b>Num Paiement</b> : 1543384 <b>Assuré</b> : HACHLAF ZOHRA <b>N° d'immatriculation</b> : 10062218 <b>Mode de règlement</b> : Virement Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <a href="https://assures.cmim.ma/">https://assures.cmim.ma/</a>	<b>HACHLAF ZOHRA BANK OF AFRICA "RET"</b> <b>100 RUE BRAHIM NAKHAI</b> <b>APPT 25</b> <b>CASABLANCA</b> <b>MAROC</b>
Emis à Casablanca le : 02/01/2023	
Page:4 /4	

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 HACHLAF ZOHRA / 10062218 \ 001CMIM0348M20221219211111										
ML3366465	10/11/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	200,00	300.00	0.00	170,00	
ML3366465	10/11/2022	FO ( Examen fond d'œil )	1	1.00	85.00 %	100,00	250.00	0.00	85,00	
ML3366465	10/11/2022	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	50,70	50.70	0.00	43,10	
ML3366465	10/11/2022	Forfait larmes artificielles	1	1.00	85.00 %	634,00	634.00	0.00	538,90	
Total remboursé pour : ZOHRA						984,70			837,00	

**Décompte : 1543384 Date de Paiement : 02/01/2023 Prestation : 837,00 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- 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 (1)

Nom et Prénom : HACHLAF Zohra

MATRICULE ASSURE : 210164041 N° CIN : B27635

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : HACHLAF Zohra Lien de parenté : \_\_\_\_\_

MATRICULE BENEFICIAIRE : 210164041

Date de naissance : 11/11/1991

Montant des frais (DHS): 984,70 Nombre de pièces jointes : 11

(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 : HACHIAF ZOMLA

Nature de la maladie (\*) : Affection oculaire

CIM-10 : .....

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

NATURE DES PRESTATIONS

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	10/11/2022	S+K <sub>10</sub> (foudibif)	300,00	[Signature]	09M862612
	11/11/2022	S	Cochet	[Signature]	09M862612
Radiographie *** Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios...) *** Déclaration des circonstances du traumatisme si c'est le cas					
Analyses *** Demande d'accord préalable est obligatoire pour tout bilan lourd et spécifique					

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

(\*) - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...)  
- Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE : 992437134

Date début Traitement	Date fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
10-11-2022		- Dicynone 250mg	(01)	36,70	36,70
10-11-2022		- Surveal Duo	(02)	317,00	634,00
10-11-2022		- Doliprane 1g	(01)	14,00	14,00
TOTAL			(04)	674,70	

**PHARMACIE LA BRISE**  
38, rue Abou Abass El Azfi. Maarif ext. Casablanca  
Tél : 05 22 990 710 - 05 22 990 783 - 06 18 18 41 01  
@ parolabrise@gmail.com - la brise parapharmacie  
ICE : 001688166000012 - INPE : 092037134

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

OPTIQUE (\*)

Code INPE : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(\*) - La prescription et la facture des verres sont obligatoires.

Dr. Kaouthar DGADEG

Spécialiste des Maladies et Chirurgie  
des yeux Adultes et Enfants

- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome
- Laser
- Angiographie
- OCT



BLANKA VISION  
CABINET D'OPHTALMOLOGIE

الدكتورة كوتر الداددي

إختصاصية في أمراض و جراحة  
العيون للكبار و الأطفال

- عضوة في الجمعية الفرنسية لطب العيون
- جراحة الجلالة بالموجات فوق الصوتية
- تقويم الحول
- الزرق
- الليزر
- تصوير الأوعية الدموية للشبكية

Casablanca, le jeudi 10 novembre 2022

Madame HACHLAF Zohra

317, ص (2)

- **SUVEAL DUO GELULES**

1 gellule, le matin, pendant 2 mois

14, ص

- **DOLIPRANE 1000mg (Paracétamol) cp**

1 le matin, toutes les 8 heures, si douleur

648, ص

Dr Kaouthar DGADEG  
Ophtalmologiste  
Rés. Palmier, Bd. Brahim Roudani  
Entrée B9, 1<sup>er</sup> étage, Casablanca  
Tél : 0522 98 88 66 - INPE : 091186262

PHARMACIE LA BRISE  
38, rue Abou Abdel Aziz, Maarif ext. Casablanca  
Tél : 05 22 990 710 - 06 22 990 703 - 06 18 18 41 01  
paralabrise@gmail.com  
ICE : 001698166000012 - INPE : 092037134

إقامة النخيل، 285، شارع إبراهيم الروداني - مدخل B9 - الطابق 1، شقة 3 - الدار البيضاء  
Rés. Palmier - 285, Bd. Brahim ROUDANI - Entrée B9 - Etage 1, Appt 3 - Casablanca  
E-mail : blankavision@gmail.com - Tél.: 0522 988 866

**Dr. Kaouthar DGADEG**

**Spécialiste des Maladies et Chirurgie  
des yeux Adultes et Enfants**

- Membre de la Société Française d'Ophthalmologie
- Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome
- Laser
- Angiographie
- OCT



**الدكتورة كوثر الدقادى**

**إختصاصية في أمراض و جراحة  
العيون للكبار و الأطفال**

- عضوة في الجمعية الفرنسية لطب العيون
- جراحة الجلالة بالموجات فوق الصوتية
- تقويم الحول
- الزرق
- الليزر
- تصوير الأوعية الدموية للشبكية

Casablanca, le 10/11/2022

M<sup>r</sup> HACHLAF ZOHRA

36,70

1) - Diagnose op 250mg

1 cp x 2 f pendant 1 mois.

T5 36,70

**Dr Kaouthar DGADEG**  
Ophthalmologiste  
Rés. Palmier, Bd Brahim Roudani  
Entrée B9 - 1<sup>er</sup> étage, Casablanca  
Tél : 0522 98 88 66 - INPE : 091186262

**PHARMACIE LA BRISE**  
30, rue Abou Abbas El Achi, Maarif ext. Casablanca  
Tél : 05 22 990 710 - 05 22 990 703 - 06 48 48 41 04  
parahbrise@gmail.com  
N° INPE : 092037134

إقامة النخيل، 285، شارع إبراهيم الروداني - مدخل B9 - الطابق 1، شقة 3 - الدار البيضاء

Rés. Palmier - 285, Bd. Brahim ROUDANI - Entrée B9 - Etage 1, Appt 3 - Casablanca

E-mail : blankavision@gmail.com - Tél.: 0522 988 866

# Doliprane® 1000mg

Comprimé

Doliprane® 1000mg  
PARACÉTAMOL  
10 comprimés



6 118000 040972

1000 mg, comprimé :  
paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC 90  
comprimé.  
Contient : croscarmellose sodique, provionate K30, amidon de  
maïs (origine végétale).

**PARACÉTAMOL 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL**  
Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre  
modérée, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles  
douleur musculaire. Il ne doit pas être prescrit par votre médecin dans les douleurs

Ne pas utiliser (à partir de 15 ans) :

liste d'autres présentations de paracétamol.  
votre pharmacien.

**ATTENTION : NECESSAIRES AVANT DE**  
**PRENDRE DES PRECAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE®**

1000 mg, comprimé dans les cas suivants :  
maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

**PRENDRE DES PRECAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE®**  
1000 mg, comprimé :

Précautions particulières :  
Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité  
insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans  
l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre  
médecin avant de prendre du paracétamol.

**Mises en garde :**

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez  
immédiatement votre médecin.

**Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en**  
**contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose**  
**quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").**

**Grossesse et allaitement :**

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant  
la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

250



dicyclone® 250 mg  
20 comprimés

Ne pas utiliser ce médicament  
sans avis de votre médecin ou votre  
pharmacien.

Ne pas utiliser ce médicament  
sans avis de votre médecin ou votre  
pharmacien.

Ne pas utiliser ce médicament  
sans avis de votre médecin ou votre  
pharmacien.

Dicyclone®, comprimé avec des aliments et boissons

Sans objet.

**Grossesse et allaitement**

Les données sur l'utilisation de Dicyclone® chez les femmes enceintes  
sont limitées. Par mesure de précaution, il est préférable d'éviter  
l'utilisation de Dicyclone® pendant la grossesse.

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, et si vous pensez être enceinte  
ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou  
pharmacien avant de prendre ce médicament.

L'allaitement est déconseillé pendant la durée du traitement.

**Sportifs**

Sans objet.

**Conduite de véhicules et utilisation de machines**

Sans objet.

**Excipients à effet notoire**

Dicyclone®, comprimé contient : Amidon de blé et sulfate de sodium.

**3. COMMENT PRENDRE Dicyclone®, comprimé ?**

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

**Posologie**

**Dicyclone® 250 mg**

Adultes : moyenne 2 comprimés 3 fois par jour.

**Utilisation chez les enfants**

Enfants : moyenne 1 comprimé 3 fois par jour.

**Dicyclone® 500 mg**

En moyenne 3 comprimés par jour.

**Mode d'administration**

Voie orale.

Si vous avez pris plus de Dicyclone®, comprimé que vous n'auriez dû

: Sans objet.

Si vous oubliez de prendre Dicyclone®, comprimé : Sans objet.

Si vous arrêtez de prendre Dicyclone®, comprimé : Sans objet.

**4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?**

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

- nausées, vomissements, diarrhée,
- éruptions de boutons et/ou plaques sur la peau.

5. Comment conserver Dicyclone®, comprimé ?  
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. Qu'est-ce que DICYNONE® et dans quel cas est-il utilisé ?

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

AUTRE HEMOSTATIQUE SYSTEMIQUE - code ATC : B02BX01

Dicyclone® 250 mg :

Ce médicament est un antihémorragique et un vasculoprotecteur.

Il est proposé :

- dans le traitement des saignements par fragilité des petits vaisseaux  
sanguins et dans les saignements gynécologiques,
- en cas d'intervention chirurgicale pour diminuer les pertes sanguines.

Dicyclone® 500 mg :

- Utilisé dans les manifestations fonctionnelles de l'insuffisance  
veinolympatique (jambes lourdes, douleurs, impatiences du primo-  
débütus).
- Utilisé dans le traitement symptomatique des troubles fonctionnels de la  
fragilité capillaire.
- Traitement d'appoint des ménorragies après bilan étiologique.