

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

- | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Hassani Mohammed

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : 100, Rue Brahim Nekhaï, Maârif extam

Code postal : 10000

Tél. : 0661133679

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Remboursement conjoint Age :

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 :

Le : 06/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :





RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 02/01/2023
 Num Paiement : 1543384
 Assuré : HACHLAF ZOHRA
 N° d'immatriculation : 10062218
 Mode de règlement : Virement
 Veuillez Consulter Notre Espace Assure <https://assures.cmim.ma/>

HACHLAF ZOHRA BANK OF AFRICA "RET"
 100 RUE BRAHIM NAKHAI
 APPT 25
 CASABLANCA
 MAROC



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

Nº 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



* M L 3 3 6 6 4 6 5 *

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : HACHLA F 20ls

MATRICULE ASSURE : 2101016140411 N° CIN : 1327639

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : HACHLA F 20ls .. Lien de parenté :

MATRICULE BENEFICIAIRE : 2101016140411

Date de naissance : 11/11/1955

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

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : HACHLA F ZOHLIA

Nature de la maladie : Affection aulaire

CIM-10 :

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

NATURE DES PRÉSTATIONS

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 10/11/2022	S + V (fin d'acte)	300,000	ISMR162612	
Radiographie Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios,...)		S	Gohet	ISMR862081	
Analyses +++ Demande d'accord préalable est obligatoire pour tout bilan lourd et spécifique					

Praticien	Date début et fin de soins (*) ¹	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

(*)¹ - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie...) - Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: 1992937134

Date (*) ² début Traitement	Date (*) ² fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
10-11-2022		- Dicymone 250mg (01)	36,70	36,70	
10-11-2022		- Siveral Duo (02)	319,00	634,00	
		- Doliprane 1g (01)	14,00	14,00	

PHARMACIE LA BRISE
 38, rue Abou-Abass El Azzli, Maarif ext. Casablanca
 Tel: 05 22 990 710 - 05 22 990 703 - 06 18 18 41 01
 parabrise@gmail.com - la brise parapharmacie
 ICE : 001688166000012 - INPE : 092037134

TOTAL (04) 684,70

(*)² Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE (*)

Code INPE: |||||||

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(*)³ - La prescription et la facture des verres sont obligatoires.

**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



الدكتورة دوتر الدادت
إختصاصية في أمراض و جراحة
العيون للكبار والأطفال

- عضوة في الجمعية الفرنسية لطب العيون
- جراحة الجلاة بالموجات فوق الصوتية
- تقويم المحول
- الزرق
- الليزر
- تصوير الأوعية الدموية للشبكيّة

Casablanca, le jeudi 10 novembre 2022

Madame HACHLAF Zohra

317,٢

- SUVEAL DUO GELULES

1 gellule, le matin, pendant 2 mois

١٤,٢

- DOLIPRANE 1000mg (Paracétamol) cp

1 le matin, toutes les 8 heures, si douleur

Dr Kaouthar DGADEG
Ophtalmologue
Rés. Palmier, Bd Brahim Roudani
Entrée B9, 1er étage, Casablanca
Tél : 0522 98 88 66 - INME : 091186262

648,٣

PHARMACIE LA BRISE
38, rue Abou Abo El Aziz, Maârif ext. Casablanca
Tél : 05 22 990 710 - 06 22 990 703 - 06 18 18 41 01
parahbris@gmail.com • la brise parapharmacie
ICE : 001688166000012 - INPE : 092037134

إقامة النخيل، 285 ، شارع إبراهيم الروదاني - 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'Ophtalmologie
- Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome
- Laser
- Angiographie
- OCT



الدكتورة كوثير الدكادجي

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

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

Casablanca, le 10/11/2022

R^e HACHLAF ZOHRA

36,70

*1) - Diurin 250 mg
1cp x 2/j pendant 1 mois.*

1cp x 2/j pendant 1 mois.

T₅ 36,70

Dr Kaouthar DGADEG
Ophtalmologue
Rés. Palmier, Bd Brahim Roudani
Entrée B9 - 1^{er} Etage, Casablanca
Tél : 0522 98 88 66 - INPE : 091186962



إقامة النخيل، 285 ، شارع إبراهيم الروదاني - 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® 1000 mg

Comprimé

PARACETAMOL
Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL
10 comprimés

10 mg, comprimé : paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC 90 prime. croscarmellose sodique, providone K30, amidon de maïs, édulcorant (origine végétale), tensioactif.

PRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre (tête, mal de gorge, mal de dents, etc.) ou une maladie grave de la tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles et règles. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs

PPV : 14DH00 PER : 05/25 LOT : L1929

PPV : 14DH00 PER : 05/25 LOT : L1929

ite (à partir de 15 ans) :
liste d'autres présentations de paracétamol.
otre pharmacien.

ATIONS NECESSAIRES AVANT DE
G, COMPRIMÉ ?

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

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE®

Précautions Particularées :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou si survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans 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 مل



5. Contenu et utilisation Dicynone®, comprimé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

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

CLASSE PHARMACOTHÉRAPETIQUE

AUTRE HEMOSTATIQUE SYSTEMIQUE - code ATC : B02RX01

Dicynone® 250 mg :

Ce médicament est un antihémorragique et un vasoprotecteur.

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.

Dicynone® 500 mg :

- Utilisé dans les manifestations fonctionnelles de l'insuffisance veino-lymphatique (jambes lourdes, douleurs, impatience du premier décubitus).
- Utilisé dans le traitement symptomatique des troubles fonctionnels de la fragilité capillaire.
- Traitement d'appoint des ménorrhagies après bilan étiologique.

st-il utilisé ?
tre Dicynone®.

3. COMMENT PRENDRE Dicynone®, comprimé ?

Veuillez 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

Dicynone® 250 mg

Adultes : moyenne 2 comprimés 3 fois par jour.

Utilisation chez les enfants

Enfants : moyenne 1 comprimé 3 fois par jour.

Dicynone® 500 mg

En moyenne 3 comprimés par jour.

Mode d'administration

Via orale.

Si vous avez pris plus de Dicynone®, comprimé que vous n'auriez dû : Sans objet.

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

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

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES 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,