

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



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

Declaration de Maladie

N° W19-469848

CA

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12902

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : CHARLES MY ALI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 78 95 76

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) :

MUPRAS
20 FEB 2020
BOULEVARD SEGE RAM



RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 06/01/2020 Num Paiement : 823005 Assuré : LAMOURI MERYEM N° d'immatriculation : 10112051 Mode de règlement : Virement Veuillez Consulter Notre Espace Assuré https://assures.cmim.ma/	LAMOURI MERYEM BMCE BANK "APP" Consolidation et Pilotage des Risques Groupe MAROC
Emis à Casablanca le : 06/01/2020	
Page:2 / 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 \ 001CMIM0280M20200102428678										
ML8219771	09/12/2019	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	141,40	141,40	0.00	120,19	
Total remboursé pour : AIDA						141,40			120,19	

Décompte : 823005 Date de Paiement : 06/01/2020 Prestation : 120,19 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



* ML8219771 *

(Réservée à la CMIM)

D: _____

T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : LAMOURI HERVEY

MATRICULE ASSURE : 101112101511 N° CIN : BE 762716

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : CHORFI LIDA Lien de parenté : Cybank

MATRICULE BENEFICIAIRE : _____

Date de naissance : 12/07/16

Montant des frais (DHS) : 161.60 Nombre de pièces jointes : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau : _____	
CACHET	

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

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : E. HORRE Aida
 Nature de la maladie : Cupiro
 CIM-10 :

Nature des prestations

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
Médecin traitant	03 DEC 2019	Contrôle		Dr. Amal BOUACHAMA Pédiatre Allergologue 120, Bd. Moulay Idriss 1er	
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 (kinésithérapie, Dialyse Psychothérapie...)

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INP :

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
3/12/19	Nurob	1	19,00	19,00	 PHARMACIE DU PALAIS KHAMLIHI MERYEM 101, Bd. Victor Hugo - Cas4 Tél: (022) 30 68 42
	Pi Valo ne 146	1	24,40	24,40	
	Pelivakid mozgore	1	98,00	98,00	
	TOTAL		141,40	141,40	

OPTIQUE

Code INP : **092047935**

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

Dr. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue
Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع
أمراض الحساسية و الربو
الطب المثيل

Casablanca, le 09.12.2019

Enfant CHORFI Aida

Poids : 15,50 Kg

Age : 3 ans 4 mois

19,00 1 **NURODOL N/ENF**

Prendre 16 doses-kg le matin, à midi et le soir. A alterner toutes les 3 à 4 heures avec le doli

2 **DOLIPEDIATRIQUE SUSPENSION**

16 doses 3 fois à alterner avec le nurodol toutes les 3 à 4 heures

3 **PRORHINEL SPRAY**

Faire 1 pulvérisation le matin, à midi et le soir.

24,40 4 **PIVALONE 1 % susp nasal : Fl doseur/10ml**

Mettre 1 goutte le matin, à midi et le soir, pendant 5 jours.

38,00 5 **PEDIAKID NEZ-GORGE**

Prendre 1 cuillère-mesure le matin, à midi et le soir, pendant 4 jours.

141,40 **PHARMACIE du PALAIS**

KHAMLICHI MERYEM

101, Bd Victor Hugo - Casa

Tél: (022) 30 68 42

الدكتورة أمل بوغنامة
Dr. Amal BOUGHNAMA
PEDIATRE - ALLERGOLOGUE
101 Bd. M. Idriss 1er - Casa
022 30 68 42

RIMA PHARMA
PVC : 98,00

PEDIAKID

Nez - Gorge

Nurodol[®]

20mg/ml

enfants & nourrissons

Suspension buvable

1- IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a - FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION

Suspension buvable pédiatrique à 2 % : flacon de 20

b - COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Ibuprofène.....

Excipients.....

c - LISTE DES EXCIPIENTS À EFFET NOTOIRE :

Saccharose, sorbitol, glycérol, rouge cochenille A

d - CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE:

Anti-inflammatoire non stéroïdien, doué d'activité anti

2- Indications thérapeutiques :

Traitement de la fièvre et du des douleurs telle que :

3. ATTENTION !

a) CONTRE-INDICATIONS

Ne pas utiliser ce médicament dans les cas suivants :

- À partir du 6^{ème} mois de grossesse,

- Antécédents d'allergie ou d'asthme déclenché par li

notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdien

- Antécédents d'allergie à l'un des constituants de ce

- Ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution,

- Maladie grave du foie,

- Maladie grave des reins,

- Maladie grave du cœur,

- Lupus érythémateux disséminé,

b) MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

AVANT D'UTILISER CE MEDICAMENT, CONSULTER

- d'antécédent d'asthme associé à une rhinite chi

le nez. L'administration de cette spécialité peut a

lains sujets allergiques à l'aspirine ou à un anti-

- lors de la varicelle, il est prudent d'éviter l'utilisation de ce mé,

- de traitement anticoagulant concomitant : Ce médicament peut ~~entraîner des hémorragies gastro-intestinales~~ ou des

ulcères/perforations.

- d'antécédents digestifs (hernie hiatale, hémorragie digestive, ulcère de l'estomac ou du duodénum ancien),

- de maladie du cœur, du foie ou du rein,

- d'intolérance au fructose, syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou déficit en sucrase-isomaltase (maladies métaboliques rares). Dans ce cas, ce médicament est contre-indiqué en raison de la présence de

saccharose et de sorbitol.

AU COURS DU TRAITEMENT :

- en cas de troubles de la vue, PREVENIR VOTRE MEDECIN,

- en cas d'hémorragie gastro-intestinale, ARRETER LE TRAITEMENT ET CONTACTER IMMEDIATEMENT UN

MEDECIN OU UN SERVICE MEDICAL D'URGENCE

En cas de diabète ou de régime hypoglucidique (pauvre en sucre), tenir compte de la teneur en saccharose (0,5

g par ml).

c) CONDUITE DE VEHICULES ET UTILISATION DE MACHINES

Dans de rares cas, la prise de ce médicament peut entraîner des vertiges et des troubles de la vue.

d) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, il faut signaler systématiquement tout autre

traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Voie orale

RESERVÉ AU NOURRISSON ET À L'ENFANT, DE 6 MOIS À 12 ANS (SOIT ENVIRON 40 KG).

19,00

pivalone 1%

tixocortol

S

Composition

Tixocortol pivalate

Excipient : alcool benzyli

Monosodique dihydrate

eau purifiée q.s.p.

Conservateur : Chlor

FORME PHARMACE

Suspension nasale, fl

CLASSE PHARMAC

(TYPE D'ACTIVITE)

Corticoïde pour usage

DANS QUELS CAS I

(INDICATIONS THE

Manifestations inflam

Rhinites allergiques,

aiguës et chroniques

ATTENTION !

DANS QUELS CAS I

(CONTRE INDICATI

Ce médicament NE t

• d'antécédents allerg

• d'épistaxis (saignem

• d'existence en cour

longiques de surinfec

EN CAS DE DOUTE

L'AVIS DE VOTRE M

PRECAUTIONS D'E

A utiliser après mouc

• Consulter votre mè

EN CAS DE DOUTE

DE VOTRE MEDEC

INTERACTIONS ME

AFIN D'EVITER D'E

PLUSIEURS MEDIC

TIQUEMENT TOUT

MEDECIN OU A VO

GROSSESSE ET AI

D'une façon général

l'allaitement de toujo

vous pharmacien av

Indications

Manifestations
inflammatoires et
allergiques du
rhinopharynx

- rhinites allergiques
- rhinites congestives
aiguës et chroniques
- rhinites vasomotrices

VOIE NASALE

Posologie

Contre-indications,
précautions d'emploi,
effets indésirables, mode
d'emploi :
Voir notice

AGITER AVANT L'EMPLOI

pivalone 1%

tixocortol



RESPECTER LES DOSES
PRESCRITES

uniquement
sur ordonnance

09366154/6

بيقالون 1%

التيكورتول

مزيج أنفي

