

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 454

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABALI Mohamed

Date de naissance :

1943

Adresse :

127 Rue Abou WDAT khalaf Res SEHAT Bourgogne CASA

Tél. : 0665716884

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

DAR DARY Safia

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 CASABLANCA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 10x10 grid of circles, each containing a number from 1 to 8. The grid is centered at the origin (0,0). The horizontal axis is labeled 'D' to the left and 'G' to the right. The vertical axis is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The grid points are as follows:

- Row 1: (1,1) = 1, (2,1) = 1, (3,1) = 2, (4,1) = 3, (5,1) = 4, (6,1) = 5, (7,1) = 6, (8,1) = 7, (9,1) = 8, (10,1) = 1
- Row 2: (1,2) = 2, (2,2) = 2, (3,2) = 1, (4,2) = 1, (5,2) = 1, (6,2) = 1, (7,2) = 1, (8,2) = 1, (9,2) = 1, (10,2) = 1
- Row 3: (1,3) = 3, (2,3) = 3, (3,3) = 4, (4,3) = 5, (5,3) = 6, (6,3) = 7, (7,3) = 8, (8,3) = 8, (9,3) = 8, (10,3) = 8
- Row 4: (1,4) = 4, (2,4) = 4, (3,4) = 5, (4,4) = 6, (5,4) = 7, (6,4) = 8, (7,4) = 8, (8,4) = 8, (9,4) = 8, (10,4) = 8
- Row 5: (1,5) = 5, (2,5) = 5, (3,5) = 6, (4,5) = 7, (5,5) = 8, (6,5) = 8, (7,5) = 8, (8,5) = 8, (9,5) = 8, (10,5) = 8
- Row 6: (1,6) = 6, (2,6) = 6, (3,6) = 7, (4,6) = 8, (5,6) = 8, (6,6) = 8, (7,6) = 8, (8,6) = 8, (9,6) = 8, (10,6) = 8
- Row 7: (1,7) = 7, (2,7) = 7, (3,7) = 8, (4,7) = 8, (5,7) = 8, (6,7) = 8, (7,7) = 8, (8,7) = 8, (9,7) = 8, (10,7) = 8
- Row 8: (1,8) = 8, (2,8) = 8, (3,8) = 8, (4,8) = 8, (5,8) = 8, (6,8) = 8, (7,8) = 8, (8,8) = 8, (9,8) = 8, (10,8) = 8
- Row 9: (1,9) = 8, (2,9) = 8, (3,9) = 8, (4,9) = 8, (5,9) = 8, (6,9) = 8, (7,9) = 8, (8,9) = 8, (9,9) = 8, (10,9) = 8
- Row 10: (1,10) = 8, (2,10) = 8, (3,10) = 8, (4,10) = 8, (5,10) = 8, (6,10) = 8, (7,10) = 8, (8,10) = 8, (9,10) = 8, (10,10) = 8

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire

Nom et prénom du malade : MHAMID DARISHRM SAHIF

Nature de la maladie : Urticaire

CIM-10:
.....

(*) À 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	Docteur SAB Signature : Date : 16/08/2010 Sagane Goumara N° : Casablanca 1er Etage N° : 274216 Tel: 0522 274216 Urgence : 0610 817823 CODE INPE (Obligatoire)
Médecin traitant +++ Nature d'acte à préciser	16/08/82	2500		
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 (jj)	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: LINPE 0921042 092

Date (jj)² début Traitement	Date (jj)² fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
16 08 22	16 08 22	Blephigel.	02	147,00	294,00
		hylo gel coll.	01	150,00	150,00
		hydranose (ll)	01	11,00	11,00
		Zylet coll.	01	117,00	117,00
		Azytei	01	76,20	76,20
		hylo gel	02	180,00	360,00
		Dexofree	01	77,10	77,10
		TOTAL	09		1185,30

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

OPTIQUE 03

Code INPE:

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

^(a)³- 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.

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 0 6 3 5 4 *

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : ABALI Hé DARDAFY Saïda

MATRICULE ASSURE : 20065678 N° CIN : LA21094U

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : Lien de parenté :

MATRICULE BENEFICIAIRE : _____

Date de naissance : _____

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

(*) 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

الدكتورة صبير نادية

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

Docteur SABIR Nadia

Ophthalmologist

Ophtalmologist

Propriétés :

Docteur SABIR Nadia
Ophtalmologist
633 Rue Goulimma, Quartier Bourgogne, Casablanca, Maroc
Tél: 05 22 27 42 76 / 0666 95 93 34
Urgence : 0670 8176 03



Casablanca, Le

PPC 147,00 DH
PPC 147,00 DH



16/08/22

1 DB lephosel 1 cm x 2
150,00 PPC: 150,00 DH

21 tylo - salut 3g x 2

114,00

Lot : HDX01
Exp : 11/2023
PVC : 114 Dhs

31 Hydromex.

117,00

Distribué au Maroc par Zenith Pharma
PPV = 117,00 DHS

41 Azyter 3g x 3; 5ml

180,00 x 2

PPC: 180,00 DH

Azyter 15 mg/g
Collyre, 8/6 récipients unidoses
PPV : 762,00 DH

6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amin DAOUDI

118530

شارع محمد السادس بوركون الطارق الأول، رقم 7 - الدار البيضاء
633 Rue Goulimma, Quartier Bourgogne, 1^{er} Étage, N° 7 - Casablanca

Consultation : 0522 27 42 76 / 0666 95 93 34 - Urgence : 0670 8176 03

Dr. SABIR Nadia
Bourgogne 7
Casablanca
Email : 0522 27 42 76
Urgence : 0670 8176 03

6 118001 102860
DEXAFREE 1 mg/ml
Collyre 0,4 ml - PPV : 72,00 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca - Pharmacien Responsable : Amin Daoudi



RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 05/10/2022
 Num Paiement : 1494897
 Assuré : DARDARY EP.ABALI SAFIA
 N° d'immatriculation : 10066595
 Mode de règlement : Virement
 Veuillez Consulter Notre Espace Assure <https://assures.cmim.ma/>



DARDARY EP.ABALI SAFIA ATTIJARIWAFA BANK "RET"
 127 RUE ABOU WAQT RESD SEKKAT APPT 3
 2EM ETAGE BOURGOGNE 20000
 CASABLANCA
 MAROC



Emis à Casablanca le : 05/10/2022

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 DARDARY EP.ABALI SAFIA / 10066595 \ 001CMIIM0280M20221004100921										
ML3306354	16/08/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	250,00	300.00	0.00	212,50	
ML3306354	16/08/2022	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	153,30	153.30	0.00	130,31	
ML3306354	16/08/2022	Forfait larmes artificielles	1	1.00	85.00 %	1 032,00	1032.00	0.00	875,05	
Total remboursé pour : SAFIA						1 435,30			1 217,86	

Décompte : 1494897 Date de Paiement : 05/10/2022 Prestation : 1 217,86 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)