

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 canalaire, 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 canalaire.

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 : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABALI Mohamed

Date de naissance : 1943

Adresse : 127 Rue Abou Watqi Khalaf Res Sékkat Bourgogne CASA

Tél. : 0665716884

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Dardary Sofia

Age : 21

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 : 14/11/2012

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

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 Assuré <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:1 / 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 assurante	Montant remboursé	Motif rejet
Pour DARDARY EP.ABALI SAFIA / 10066595 \ 001CMIM0270M20221004099765										
ML3306356	24/08/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300.00	0.00	255,00	
ML3306356	24/08/2022	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	63,90	63.90	0.00	54,32	
Total remboursé pour : SAFIA							363,90		309,32	

Décompte : 1494897 Date de Paiement : 05/10/2022 Prestation : 309,32 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)

CABINET DE DERMATOLOGIE

Médecine et Chirurgie de la Peau et du Cuir Chevelu
Maladies Sexuellement Transmissibles
Dermatologie Esthétique
Laser Dermatologique

Docteur Samira MANSOURI
DERMATOLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris
Ancienne Attachée des Hôpitaux de Paris
Membre de la Société Française de Dermatologie

للدكتورة سميرة منصورى

خرسچة كلية الطب بباريس
اختصاصية
في أمراض و جراحة الجلد

Je 24/08/2022

DAR DARY SARA

24.20

DIPROSONE crème



je fin

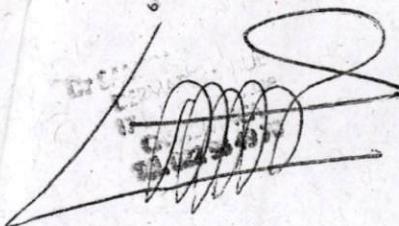
10x

24.20

PHARMACIE MEHDI BEN BARK
Av. Mehdi Ben Barka
Rue Abdellah El Fassi
Tél: 022 98 49 92
Casablanca

PPV : NOV 2024
PDT : 411
LOT : 24 DH 20

DIPROSONE® 0,05%
pommade O
611800005112



إقامة ابن النفيس - 17، شارع بئر أنزاران - معاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 98 49 70 - الفاكس : 05 22 98 49 92
Résidence Ibnou Nafiss - 17, boulevard Bir Anzarane - Maârif - Casablanca - Tél. : 05 22 98 49 70 - Fax : 05 22 98 49 92

CABINET DE DERMATOLOGIE

Médecine et Chirurgie de la Peau et du Cuir Chevelu
Maladies Sexuellement Transmissibles
Dermatologie Esthétique
Laser Dermatologique

Docteur Samira MANSOURI

DERMATOLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris
Ancienne Attachée des Hôpitaux de Paris
Membre de la Société Française de Dermatologie

الدكتورة سميرة منصوري

خريجة كلية الطب بباريس
اختصاصية
في أمراض وجراحة الجلد

je 03/05/2022

mme DARDAHY saha

39,7°

Fuie et due à une

mortui et son

39,7°

88'

PHARMACIE MEHDI BEN BARKA
Av. Mehdi Ben Barka
Rue Abdellah El Haqqani N° 3
Tél. 0522 95 15 99 - Casablanca



6 118000 120582
Tube de 15 g
Fucidine® 2% crème

كريم أنبوب من 15 غ

إقامة ابن النفيس - 17، شارع بئر أنزاران - معاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 98 49 70 - الفاكس : 05 22 98 49 92
Résidence Ibnou Nafiss - 17, boulevard Bir Anzarane - Maârif - Casablanca - Tél. : 05 22 98 49 70 - Fax : 05 22 98 49 92

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT -Obligatoire-

Nom et prénom du malade : ZARZAGH SAFIA

Nature de la maladie (): Affection certaine

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	Le 24/08/2022	ces	300,00		
	03/09/2022	2	100		
Radiographie Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios,...)					
Declaration 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 (¹)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

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

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: INPE 092 042 092

Date (²) début Traitement	Date (²) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
24/08/2022	24/08/2022	Diprosone pde 100 mg	1	24,20	24,20
27/08/2022	03/09/2022	furcidine 0,1% 15 ml	15	39,70	39,70
		PHARMACIE MEHDI JEN BARKA Av. Mehdi Ben Barka Rue Abdellah El Moudjib N° 3 Tél: 0522 95 19 99 Casablanca			
		PHARMACIE MEHDI JEN BARKA Av. Mehdi Ben Barka Rue Abdellah El Moudjib N° 3 Tél: 0522 95 19 99 Casablanca			
		TOTAL			63,90

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

OPTIQUE 0⁺

Code INPE:

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(³)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- Etablir 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 6 *

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : ABALI Inee DARBARY Safia
MATRICULE ASSURE : 20065678 N° CIN : AZ10344

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : Lien de parenté :

MATRICULE BENEFICIAIRE :

Date de naissance :

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

(-) L'exhaustivité 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