

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réserve à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réserve 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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (t.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-785944

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tel. :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
				INP : <input type="text"/>

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

UDE

ou comprimés pellicule

Ne le donnez pas à
signes de leur maladie

Parlez-en à votre médecin
et indésirable qui ne serait
ont les effets indésirables

- à libération prolongée ?

1. QU'EST-CE QUE FLUDEX 1,5 MG COMPRIMÉ PELLICULÉ À LIBÉRATION PROLONGÉE, ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : antihypertenseur diurétique - code ATC : C03BA1
(C : Système cardiovasculaire)

Ce médicament est indiqué pour réduire la pression artérielle élevée (hypertension) chez l'adulte.

L'indapamide est un diurétique. La plupart des diurétiques augmentent la quantité d'urine produite par les reins. Toutefois, l'indapamide est différent des autres diurétiques car il n'entraîne qu'une légère augmentation de la quantité d'urine produite.

De plus, l'indapamide dilate les vaisseaux sanguins, ce qui permet au sang de circuler plus facilement. Cela contribue à diminuer la tension artérielle.

FLUDEX 1,5 MG COMPRIMÉ PELICULAÉ A

أوردت هذه التسمية أن تاجل هذا الدواء . لأنها تحتوي على معلومات عامة لك . . احتفظ بهذه الشرة فقد تحتاج لتستد إليها في نعيد . إذا كانت لديك أسئلة أخرى اسأل الطبيب أو الصيدلي . لقد وصف هذا الدواء إلى شخصيا . فلا يجوز إطلاقا لشخص آخر ، حتى وإن كانت الأداة (الشرع بأي آثار جانبية تكلم عن الطبيب أو الصيدلي . هذا ينطبق أيضا على جميع الآثار الأربعة . ماهي الآثار الجانبية المحتملة؟)

[illegible][illegible]

1

2030887-001

CE 0537

LOT D 437

ID

2-jan-2023 13:37:14

Vital Signs™

ID : **Dr. M. A. LAABI**
CARDIOLOGUERés. RiBH "D", Angie Bd Bir Anzarane
Rue Cold Achta (à Côté de Agence INWI)
Quartier Maarif - Casablanca

Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

Fréq. ventr. 81 bpm

Durée QRS 82 ms

QT/QTc 396/460 ms

Intervalle PR 150 ms

Durée P 98 ms

Intervalle RR 740 ms

Axes P-R-T 67 30 49

aVR

V1

V4

aVL

V2

V5

aVF

V3

V6

mV

50Hz

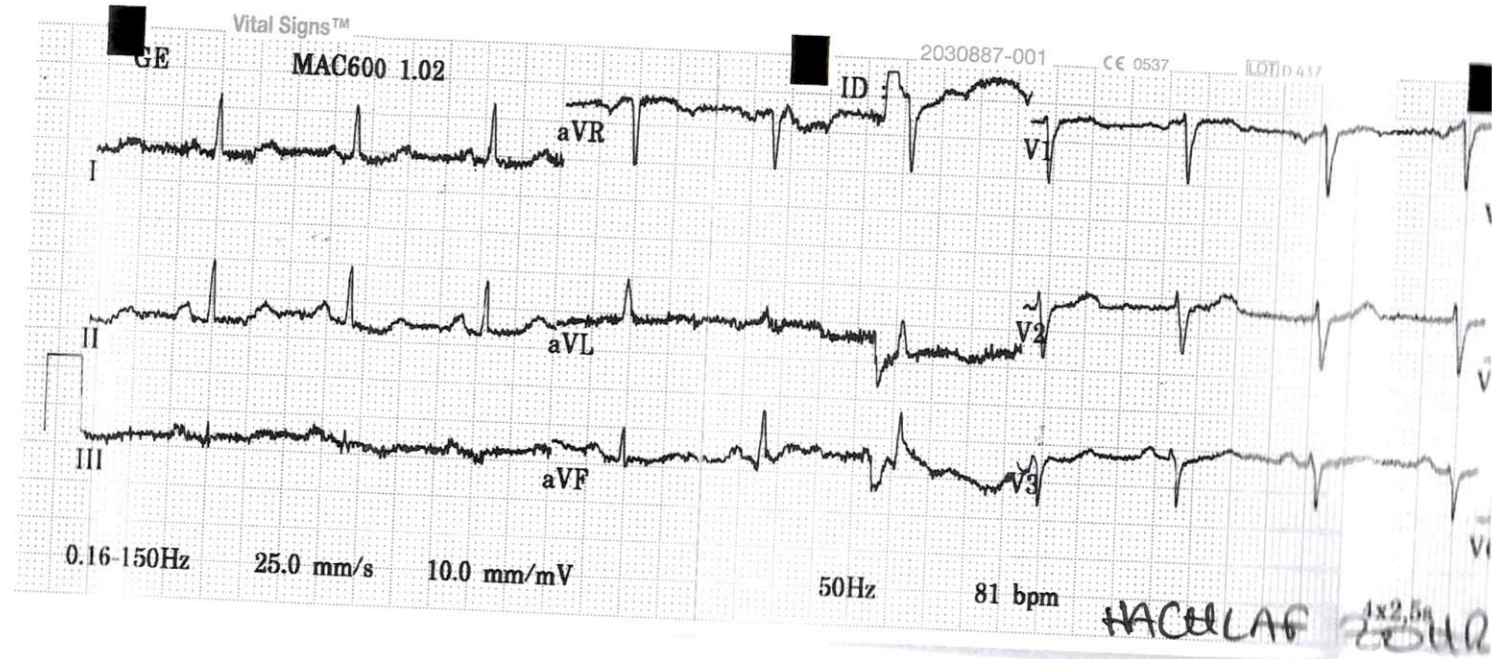
81 bpm

HACHA 4x2,5s 204RA

II

MAC600 1.02

12SL™ v239



CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRE

عيادة فحص وتشخيص أمراض القلب والشرابيين

Dr Mohamed Amine LAABI



كتور محمد أمين لعبي

CARDIOLOGUE

Cardiologie Générale et Interventionnelle

باصي في أمراض القلب و الشرابيين
ج القلب التداخلي

02/01/2023

HACUJAF ZOURA

269,00 x (3)

1- COVERAM 10/5mg

un cpl; uhu

18,90 x (3)

2- Fludex LP

un cpl; uhu

79,00 x (3)

3- Joltaz 10mg.

un cpl; soir

27,70 x (3)

4- Cordioospirine 100mg

un cpl; uhu

Ts 1333,80

PHARMACIE LA BRISE
38, rue Abou Achraf, Maarif ext. Casablanca
Tél : 05 22 99 710 - 05 22 776 203 - 06 78 18 41 01
Email : la-brise-parapharmacie@gmail.com
INPE : 09203134

all

3015

DR. M. A. LAABI
CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES
Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi) 1er étage Quartier Maarif - Casablanca
Tél : 05 22 99 710 - Fax : 05 22 99 20 87 - Urgence : 06 55 12 73 13 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com

Résidence RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi) 1er étage Quartier Maarif - Casablanca

إقامة ربح «د» زاوية شارع بيرانزان وزنقة قائد الأسطر (قرب وكالة انوي) الطابق الأول حي المعاريف - الدار البيضاء

Tél : 05 22 99 20 88 - Fax : 05 22 99 20 87 - Urgence : 06 55 12 73 13 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com

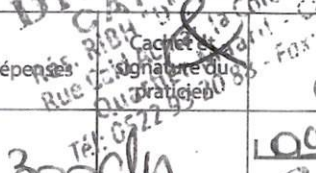
N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : HACHLAF ZOUHA
 Nature de la maladie (4) : HTA
 CIM-10 :

(4) 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	02/01/2023	31660	30000		1091166983
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 (4)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

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

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: 1091166983

Date (4) début Traitement	Date (4) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
02-01-2023		- Correm 1015 mg - Fludase 1L TAHOR 10mg cardiosaspirine	(03) (03) (03) (03)	269,00 68,90 79,00 27,70	807,00 206,70 237,00 83,10
TOTAL			12	1333,80	

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

OPTIQUE

Code INPE: 1091166983

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(4) - 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

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 : HACHIAF Zola EP HAZALI

MATRICULE ASSURE : 200614411 N° CIN : B27635

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : HACHIAF Zola Lien de parenté : _____

MATRICULE BENEFICIAIRE : 200614411

Date de naissance : 11/10/11

Montant des frais (DHS): 1633,80 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



RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 23/01/2023 Num Paiement : 1569763 Assuré : HACHLAF ZOHRA N° d'immatriculation : 10062218 Mode de règlement : Virement Veuillez Consulter Notre Espace Assuré https://assures.cmim.ma/	HACHLAF ZOHRA BANK OF AFRICA "RET" 100 RUE BRAHIM NAKHAI APPT 25 CASABLANCA MAROC
Emis à Casablanca le : 23/01/2023	
Page:1 / 3	

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 \ 001CMIM0242M20230119296162										
ML3391887	02/01/2023	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	200,00	300.00	0.00	170,00	
ML3391887	02/01/2023	ECG (électrocardiographie)	1	1.00	85.00 %	100,00	100.00	0.00	85,00	
ML3391887	02/01/2023	COVERAM 10MG/5MG 10 / 5 MG / MG (Prix : 269 dhs)	3	1.00	85.00 %	807,00	969.00	0.00	685,95	
ML3391887	02/01/2023	CARDIOASPIRINE 100 MG (Prix : 27,70 dhs)	3	1.00	85.00 %	83,10	83.10	0.00	70,64	
ML3391887	02/01/2023	TAHOR 10 MG 28 COMPRIME 10 MG (Prix : 79 dhs)	3	1.00	85.00 %	237,00	237.00	0.00	201,45	
ML3391887	02/01/2023	FLUDEX LP 1.5 MG (Prix : 68,9 dhs)	3	1.00	85.00 %	206,70	206.70	0.00	175,70	
Total remboursé pour : ZOHRA						1 633,80			1 388,74	

Décompte : 1569763 Date de Paiement : 23/01/2023 Prestation : 1 388,74 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)