

RECOM MANDATIONS 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 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-785926

156955

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

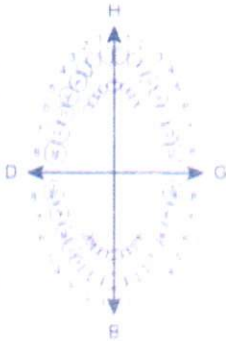
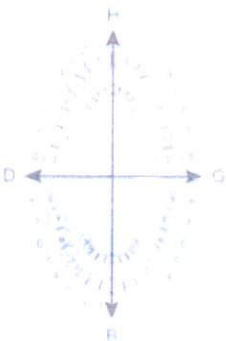

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie 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

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 DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN DE L'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  [Creation, remont, adjonction] (à joindre : les quinze (15) dents aux prothèses)			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

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



pharma-

en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez en à votre médecin ou à votre pharmacien.



CARDIOASPIRINE®

UT. AV. :

P.P.V.

LOT N° :

FW 7 83

79 00

st:

فا

UT. AV. :

P.P.V.

LOT N° :

FW 7 83

UT. AV.

P.P.V.

LOT N° :

FW 7 83

09366082/4

09366082/4

09366082/4

Cl
Périndopi

10 mg
pelliculé

...et nocif, m.
...et indésirable, parle.
...infirmier/ère. Ceci s'app.
...rait pas mentionné dans cette

Que contient ce
1. Qu'est-ce que
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre COVERSYL 10 mg comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre COVERSYL 10 mg comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver COVERSYL 10 mg comprimé pelliculé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations
1. QU'EST-CE QUE COVERSYL 10 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
Classe pharmacothérapeutique : Inhibiteurs de l'enzyme de Conversion (EC) voir annexe 1.
Posologie : voir annexe 1.

NOTICE: INFORMAT

FLUDEX
1,5 MG

10 mg
timés pelliculé

...ce médicament
...vous.
...à votre pharmacien.
...pas à
...ne le donnez pas à
...des enfants de leur maladie
...parlez en à votre médecin
...indiquable que ne serait
...les effets indésirables

...libération prolongée et dans
...prendre FLUDEX 1,5 mg,
...à libération prolongée ?

10 mg comprimé pelliculé à libération prolongée ?
QU'EST-CE QUE FLUDEX 1,5 MG COMPRIMÉ PELLICULÉ À LIBÉRATION PROLONGÉE, ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
Système cardiovasculaire
antihypertenseur diurétique - code ATC : C03BA11
DEX 1,5 mg est un comprimé pelliculé à libération prolongée et contient de l'acétate de fludex comme principe actif.

(50 X 20 X 114) mm

(40 X 20 X 114) mm

(50 X 20 X 114) mm



مصحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Casablanca, le :

Casablanca, 10/11/2022

Docteur :

Mme HACHLAF ZOHRA

- 142,70 x (4) 1) COVERSYL 10 mg 1cp/j
68,90 x (4) 2) FLUDEX LP 1cp/j
79,00 x (3) 3) TAHOR 10 mg 1cp/j
27,70 x (4) 4) CARDIOASPIRINE 100 mg 1cp/j

Ts 1194,20
QSP 3 mois

Dr. C. ABDELKHIRANE

Cardiologue

Clinique des spécialités Achifaa

Angle rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier

(face Hôpital 20 Août)

Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59

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

URGENCES 24/24 مستعجلات

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : A. HACHIAF
 Nature de la maladie : 6528
 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	10/11/22	G5 + K18			09,1000679
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 : 092033134

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
10-11-22	Carvedilol 12mg	(04)	142,70	570,80	
	Fludase 12	(04)	68,90	275,60	
	Tachio 10 mg	(03)	79,00	237,00	
	Cardiostrophil	(04)	27,70	110,80	
	TOTAL	(15)	194,20		

OPTIQUE

Code INP :

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

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



* M L 1 8 3 4 5 6 1 *

(Réservée à la CMIM)

D: _____

T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : HACHIAF Zohra
MATRICULE ASSURE : 210064041 N° CIN : B27639

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : HACHIAF Zohra Lien de parenté : _____
MATRICULE BENEFICIAIRE : 210064041
Date de naissance : 14/10/77
Montant des frais (DHS) : 1494,20 Nombre de pièces jointes : 1

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Número 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



RELEVÉ 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 Assuré 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:2 /4	

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 \ 001CMIM0305M20221219210735										
ML1834561	10/11/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300.00	0.00	255,00	
ML1834561	10/11/2022	COVERSYL 10 MG (Prix : 248 dhs)	4	1.00	85.00 %	570,80	992.00	0.00	485,18	
ML1834561	10/11/2022	FLUDEX LP 1.5 MG (Prix : 68,9 dhs)	4	1.00	85.00 %	275,60	275.60	0.00	234,26	
ML1834561	10/11/2022	TAHOR 10 MG 28 COMPRIME 10 MG (Prix : 79 dhs)	3	1.00	85.00 %	237,00	237.00	0.00	201,45	
ML1834561	10/11/2022	CARDIOASPIRINE 100 MG (Prix : 27,70 dhs)	4	1.00	85.00 %	110,80	110.80	0.00	94,18	
Total remboursé pour : ZOHRA						1 494,20			1 270,07	

Décompte : 1543384 Date de Paiement : 02/01/2023 Prestation : 1 270,07 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)