

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.

N° W21-796855

Complément

157393

Optique A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

10452

Société :

RAM

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

E. LARBAoui SETTY

Date de naissance :

26/04/1955

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 14/04/2023

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
				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	

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 canalaire, ainsi que le bilan d'exploration.

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"/>
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EX

Docteur Meryem LAMNIJI

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca
Ancienne interne des hôpitaux de Casablanca
Diplômée de l'académie supérieure de nutrition
et de médecines holistiques de l'Ontario - Canada

Diabète

Nutrition clinique - Micronutrition

Surpoids - Obésité - Amincissement

Nutrition de l'enfant

Nutrition de la femme enceinte

الدكتورة مريم لمنيжи
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
دبلومية سابقة بمستشفيات الدار البيضاء
خريجة الأكاديمية العليا للتغذية والطب الشعري بكلية
الطب والجراحة بالدار البيضاء
مرض السكري
التغذية - التغذية الدقيقة
زيادة الوزن - السمنة - التخسيس
تغذية الطفل والمرأة العامل
Casablanca, le 23.12.2022

Mr. EL RHODAÏ HASSAN

45.0% 5

- 1 kg à Avoir le soir

51.

1 Ampoule 1/2 le matin après le repas x 3 mois

46.70

- 2 gélules 100

51.

x 3 mois

30.70 x 3

- Randox 7.5

51.

1 sucre 1/2 le matin

x 3 mois

428.00 x 4

- Banane 50/850

51.

1 cp x 21j < 110g après repas x 3 mois

8075.80

Dr LAMNIJI Meryem
Médecin Nutritionniste Diabétiologue
89 Bd Strandhal 3ème Etage N°7
Val Fleuri - Casablanca
Tél. 0522 25 87 48 - Email: cabinetlamni@gmail.com
89 BD Strandhal Apt 7 3ème étage Val Fleuri - Casablanca
شارع سطاندال. رقم 7 الطابق 3. فال فلوري. الدار البيضاء
INPE 091237230

PHARMACIE EL LOTTE
Mme. DELAUNAY NEAMA
313, Boulevard
Raspail, Paris 7^e

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : Hassan Elbedab

Nature de la maladie : Angiome de l'oreille

CIM-10: DT LAMINAR
Nutrizioniste Dieteticien
Flag N° 7

(*) A fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CMU)

NATURE DES PRÉSTATIONS

NATURE DES PRÉSTATIONS

Praticien	Date début et fin de soins (§1)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

(i) La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychiatrie).

- Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

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

OPTIQUE (1)

Code INPE: 4444444444

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

⁽¹¹⁾ 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 débours.

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 5 8 9 1 9

59 446

(Réservée à la CMIM)

D: _____

T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : El RHOUMI HASSAN MATRICULE ASSURE : 10054428 N° CIN : 18284943

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE ()

Nom et Prénom : El RHOUMI HASSAN Lien de parenté :
MATRICULE BENEFICIAIRE : 10054428

Date de naissance : 05/05/67 Montant des frais (DHS) : 2328,6 Nombre de pièces jointes : 10

• 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

Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : www.cmim.ma



الصندوق التعاوني المهني المغربي

Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 06/03/2023	EL RHODAIBI HASSAN (BANK OF AFRICA)
Num Paiement : 1605360	AUC
Assuré : EL RHODAIBI HASSAN	EL OULFA MAROC
N° d'immatriculation : 10054129	
Mode de règlement : Virement	

Emis à Casablanca le : 04/04/2023

Page : 1

Nous avons le plaisir de vous informer ci-dessous des règlements effectués en votre faveur.

N° dossier	Date de soins	Actes	Qte	Coef	Taux de Remboursement	Dépenses	Base de remboursement	Remboursement autre mutuelle ou assurance	Montant remboursé	Motif rejet
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0240M20230228377924										
ML3358919	23/12/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1,00	85,00	250,00	300,00	0,00	212,50	
ML3358919	23/12/2022	JANUMET 50 / 850 MG / MG (Prix : 428 dhs)	4	1,00	85,00	1 712,00	1 712,00	0,00	1 455,20	
ML3358919	23/12/2022	KARDEGIC 75MG 75 MG (Prix : 30,7 dhs)	3	1,00	85,00	92,10	92,10	0,00	78,29	
ML3358919	23/12/2022	PHARMACIE	1	1,00	85,00	271,70	271,70	0,00	230,95	
Total remboursé pour HASSAN						2 325,80			1 976,94	
Total général remboursé										