

# 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

- Réclamation : 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.

N° W21-796857

Supplément

AS 739\*

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### A

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 10452

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELAYACHE

SETY

Date de naissance : 26/07/1975

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'adhérent 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 : CASAB

Le : 14/10/23

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

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		
		$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & 35533411 \quad 11433553 \\  \hline  B &   \end{array}  $		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Jamal SIBAI

*CARDIOLOGUE*  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Paris

#### Horaires d'ouverture :

du Lundi au jeudi 9h à 15h.

Samedi 9h à 11h.

Fermé le vendredi, samedi après-midi et le dimanche.

الدكتور جمال السباعي

الخصائص في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بباريس

أوقات العمل من الاثنين إلى الخميس من 9 إلى 15

والسبت من س 9 إلى س 11

العيادة مغففة يوم الجمعة والسبت بعد انزال والأحد

N° d'identification du praticien : 001129718

Casablanca, N.Y.

34009392 Single 12" 33 1/3 RPM  
Lp. 12" 33 1/3 RPM  
Label: Columbia

28 JUL. 2022

Er Rhoda Br Hassan

92)  $\frac{d}{dx}$  9

JNEGy 10/20, 1918

Aug 29 | 7 | 22

6 bits

640)

**Dr. J. SIBAÏ**  
**CARDIOLOGUE**  
Angle 38, Bd. Lalla Yacout et  
1, Rue El Azaar - Casablanca  
Télé: 2242 7179 - 2511 1178 90

Dr. I. SIBAI  
CARDIOLOGUE  
Angl. 1, Rue de la Paix 100-101  
Télé: 52-12-12

رue El Araâr (ex.Gay Lussac) et 38, Bd. Lalla Yacout - Imm.BMCI - 1er Etage - Casablanca 20090 - Tél.: 05 22 48 79 79 / 05 22 48 78 90

PHARMACIE JEANET  
Martin MR JEANET  
78, COURS DE LA LIBERTE  
69003 LYON  
FRANCE  
N° SIRET: 38920043200016  
Code NAF: 4773Z - FR4938320045C

Designation	Code Ute	HT Montant
	IVH	TTC

Vente Directe

34009390956//	4	2	43,11	87,54
1NEBY 10M6/20M6 UPR PLIS/30				
340093006024/	4	1	4,60	4,60
UPEPKAZ MYL PH 20M6 bei gast P10/20				
			Total TTC	92,14
			H Payer	92,14

TOTAL A PAYER : 92,14 (604,40F)

Montant HT : 90,20

Code

IVH	taux	HT	IVH	TTC
4	2,10	90,240	1,890	92,14

Especes : 92,14

Le 29/07/2022 à 18h00 Up. : 1 - J

Montants exprimés en euros

A BIENTÔT  
MERCI POUR VOTRE VISITE

TICKET 168595/340330 8023/03/0-1

1247 /1/PHARMACIE JEANET / TICKET/4/N/VOUDRE/RYUH  
/2.14.1.3. RIV-109/1

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : **EL RHOONABI HASSAN**  
Nature de la maladie : **Hypertension**  
CIM-10 : **I10** Date : **28.07.2022**

(\*) À fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CMIM)

## NATURE DES PRÉSTATIONS

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

(\*) La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...)

## FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: 

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

## OPTIQUE (0')

Code INPE: 1111111111

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(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

87154 E4ROS

## DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D :

T :



\* M L 3 2 5 5 1 8 5 \*

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : El RHODAIBI HASSAN

MATRICULE ASSURE : 190514129

N° CIN : BE84943

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE (E)

Nom et Prénom : El RHODAIBI HASSAN Lien de parenté : .....

MATRICULE BÉNÉFICIAIRE : .....

Date de naissance : 10/10/1947

Montant des frais (DHS) : 87154 E4ROS Nombre de pièces jointes : 103

(\*) 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

## RELEVE DES PRESTATIONS



الصندوق التعاوني المهني المغربي  
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

Date de paiement : 20/02/2023  
Num Paiement : 1593113  
Assuré : EL RHODAIBI HASSAN  
N° d'immatriculation : 10054129  
Mode de règlement : Virement

EL RHODAIBI HASSAN (BANK OF AFRICA)  
AUC  
EL OULFA MAROC

Emis à Casablanca le : 03/03/2023

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 rembourse	Motif rejet
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0234N20230216355855										
ML3255185	28/07/2022	PHARMACIE	-1	1,00	85.00	-87,54	-87,54	0,00	-74,41	
Total remboursé pour HASSAN										
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0234R20230216355854										
ML3255185	28/07/2022	PHARMACIE	1	1,00	85.00	965,45	965,45	0,00	820,63	
Total remboursé pour HASSAN										
Pour EL AMRAOUI SETTY /20054130 \001CMIM0280M20230214347918										
IL10777541R	14/09/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1,00	100.00	300,00	300,00	0,00	45,00	
IL10777541R	14/09/2022	PHARMACIE	1	1,00	100.00	153,70	153,70	0,00	30,74	
Total remboursé pour SETTY										
Total général remboursé										
821,96										