

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 ALA

- 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 : adhession@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° W21-793127

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 0847	Société : RSM	ND	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : RETRAITE	<input type="checkbox"/>
Nom & Prénom : Amrouel SAID		Annoeul SAID	
Date de naissance : 01/01/1949		Total des frais engagés : Dhs	
Adresse : 84 A RESIDENCE DES ROSES APPARTEMENT 07 RUE AL JOURDIN BEAUSOLEIL CASABLANCA		Tél. : 0613 21 41 00 / 0522 23 94 81 N	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : <i>Concours</i>	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>enfin</i>	
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 : *26/04/23*

Signature de l'adhérent(e) : *Hassan*



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 :

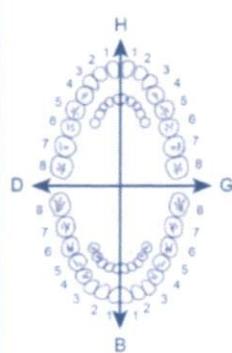
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433562
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 et 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

Affections de Longue Durée

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

REFERENCE DOSSIER



* ALD8032769 *

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : MOUENEN FATIMA El. AMITOUZ

MATRICULE ASSURE : 100 13 895 N° CIN : B32043

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : MOUENEN FATIMA Lien de parenté : Mère

MATRICULE BENEFICIAIRE : 100 13 895

Date de naissance : 05/10/53

Montant des frais (DHS) : 3832,90 DH Nombre de pièces jointes : 34

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro 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

PARTIE RESERVÉE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : MOUNEN FATHIMA
 Nature de la maladie : Hypertension + Diabète
 CIM-10 : I10 + E10

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	<u>01/03/2023</u>	<u>3000</u>	<u>Prof. Ahmed FAROUQ</u> Endocrinologie - Diabétologie 187, Bd. Abdelmoumen N°27 - Casablanca Tél: 0522 20 07 03 - 0522 20 75 82 Code INP: 091028514		
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, DialysePsychothérapie..)

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INP : INPE: 092015835

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
23-03-2023	Levofyna	3	24.42		
	Kunog 25	3	111.22		
	Trogeste	3	374.22		
	glucophage	6	28.22		
	Zyloprim	1	46.72		
	Rilod	1	87.02		
	ON-call	2	180.22		
	TOTAL		F 3532.92		

OPTIQUE

Code INP : INPE: 092015835

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			



RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 10/04/2023
 Num Paiement : 1633500
 Assuré : MOUMEN EP AMJ FATIMA
 N° d'immatriculation : 10013895
 Mode de règlement : Virement
 Veuillez Consulter Notre Espace Assure <https://assures.cmim.ma/>



MOUMEN EP AMJ FATIMA CREDIT DU MAROC "RET"
 84 A, RUE DES ROSES RESIDENCE ROSE
 APPT 7 BEAUSEJOUR
 21200
 CASABLANCA
 MAROC



Emis à Casablanca le : 10/04/2023

Page:2 /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 assurance	Montant rembourse	Motif rejet
Pour MOUMEN EP AMJ FATIMA / 10013895 \ 001CMIM0305M20230405446048										
ALD8032769	01/03/2023	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300.00	0.00	255,00	
ALD8032769	01/03/2023	LEVOTHYROX 100 µG (Prix : 24,4 dhs)	3	1.00	85.00 %	73,20	73.20	0.00	62,22	
ALD8032769	01/03/2023	HUMALOG MIX 25 100 UI (Prix : 111 dhs)	3	1.00	85.00 %	333,00	333.00	0.00	283,05	
ALD8032769	01/03/2023	TRAJENTA 5 MG	3	1.00	85.00 %	1 122,00	1122.00	0.00	953,70	
ALD8032769	01/03/2023	GLUCOPHAGE 1000 1000 MG (Prix : 28 dhs)	6	1.00	85.00 %	168,00	168.00	0.00	142,80	
ALD8032769	01/03/2023	ZYLORIC 100 MG (Prix : 46,7 dhs)	1	1.00	85.00 %	46,70	46.70	0.00	39,70	
ALD8032769	01/03/2023	BANDELETTES DIABETE TYPE 1	1	1.00	85.00 %	260,00	260.00	0.00	221,00	
ALD8032769	01/03/2023	PHARMACIE NON REMB	1	1.00	forf	87,00	87.00	0.00	0.00	relaxium
Total remboursé pour : FATIMA						2 389,90			1 957,47	

Décompte : 1633500 Date de Paiement : 10/04/2023 Prestation : 1 957,47 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 (IN

Docteur Ahmed FAROUQI

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie
et Maladies de la Nutrition

Ancien Chef de Service d'Endocrinologie au CHU de Casablanca
Ancien Professeur à la Faculté de Médecine de Casablanca
Lauréat de la Faculté de Médecine de Lyon

الدكتور أحمد الفاروقى

أخصائي في أمراض الغدد والسكري
وأمراض التغذية

رئيس سابق بمصلحة أمراض الغدد بالدار البيضاء
أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
خريج كلية الطب بليون

Casablanca, le

- 1 MARS 2023

24.00 X 3
- Perodol 150.

11.00 X 16 14/15 (14/17)

11.00 X 25 =
374.00 X 3 35 - 12

11.00 X 5 5/6

24.00 X 6 14/15
- Cebulophylloge 150.

11.00 X 14/15 + 2/5
- Ylente 150
11.00 X 14/15

Trait de Suroit

Pharmacie Mouad
187 Bd. Abdellatif Ben Chock
Chraïbi, Casablanca 207576
Tél: 0522 00 58

Espace Walili 187, Bd Abdelmoumen, 7ème étage, N°27. Casablanca - Tél.: 05 22 20 07 03 / 05 22 20 75 76
05 22 20 75 76 / 05 22 20 07 03 .شارع عبدالمؤمن، الطابق 7، الرقم 27. الدار البيضاء - الهاتف :

E-mail : endocrino.diabeto87@gmail.com البريد الإلكتروني :

Dr. AHMED FAROUQI
Endocrinologist - Diabetologist
187 Bd. Abdellatif Ben Chock, Casablanca 207576
Code INP : 091028514

M-jal Bl
87^{er} Bel-Air
Prof. Ahmed FAROUQI
Endocrinologie - Diabetologie
187, El Ademouzien N° 21, Casablanca
Tel: 0522 20 07 03 - 0522 20 75 76
Code IMP : 091028514

Mar
Ch.
69
Bd.
Casa.

130
Bel-Air
Prof. Ahmed FAROUQI
Endocrinologie - Diabetologie
187, El Ademouzien N° 21, Casablanca
Tel: 0522 20 07 03 - 0522 20 75 76
Code IMP : 091028514

Prof. Ahmed FAROUQI
Endocrinologie - Diabetologie
187, El Ademouzien N° 21, Casablanca
Tel: 0522 20 07 03 - 0522 20 75 76
Code IMP : 091028514

3532.92A

PHARMACEUTICAL COMPANY LTD
Casablanca - Tel: 0522 20 07 03

Pharmacie Marocaine
Casablanca - Tel: 0522 20 07 03
Pharmacie Marocaine
Casablanca - Tel: 0522 20 07 03

PHARMACIE MOUAD

MR. CHRAIBI MOUAD

59 BD BERCHID AIN CHOUC CASA

256150

Taxe Profes. N°: 34033060

N° R.C. : 256150

N° ID.F. : 40711090

N° CNSS: 1303429

Tel : 52-04-35

Fax :

Moumen fatima

I.C.E. :

N° ICE 000832048000001 CASA

Pharmacie Mouad
Mr. Chraibi Mouad
59 Bd. Berchid Ain Chock
Casa - Tel: 0622 50 85 14

Le : 16/03/2023

FACTURE N°: 523/23

Qté	Désignation	Prix	Montant
2	ON CALL PLUS BANDELETTES	130.00	260.00
Total :			260,00
TVA 20%			43.33

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

DEUX CENT SOIXANTE DIRHAMS

Pharmacie Mouad
Mr. Chraibi Mouad
59 Bd. Berchid Ain Chock
Casa - Tel: 0622 50 85 14