

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALCO

- 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.

N° W21-793131

<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 : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : RETRAITÉ	
Nom & Prénom : Amelova JAIS			
Date de naissance : 01/01/1949			
Adresse : 84 RESIDENCE DES ROSES BOIS N°7 RUE AL AKBAR BEAUFORT CASABLANCA			
Tél. : 061321410 / 0522394810 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	<input type="text"/>		
Cachet du médecin :	<input type="text"/>		
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : 09/08/2023 Le : 26/04/23
Signature de l'adhérent(e) : CM, im



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 :
.....
.....
.....

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 00000000 35533411	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

- 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

3x
Nom de l'assuré :
Bénéficiaire :
Frais exposés :Dh

Matricule :
Date du dépôt du dossier :/...../.....
Date des soins :/...../.....

REFERENCE DOSSIER

(Réservée à la CMIM)

D: _____

T: _____



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : Moumen FATEMA DR. AMJOUD

MATRICULE ASSURE : 111013895 N° CIN : B32043

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : Moumen FATEMA Lien de parenté : MÈRE

MATRICULE BENEFICIAIRE : 111013895

Date de naissance : 07/10/1975

Montant des frais (DHS) : 384,75 Nombre de pièces jointes : 05

(+) L'exhaustivité 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

Nom et prénom du malade :	<i>affection oculaire</i>
Nature de la maladie (1) :	<i>Docteur BADAOUA 21 Rue Farhat Yacoub Tél: 05 22 61 68 / 05 21 42 21</i>
CIM-10 :	<i>OPHTALMOLOGIE</i>

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

NATURE DES PRÉSTATIONS

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Médecin traitant <small>*** Nature d'acte à préciser</small>	<i>13.05 2023</i>	<i>CS</i>	<i>goutte</i>	<i>Docteur BADAOUA 21 Rue Farhat Yacoub Tél: 05 22 61 68 / 05 21 42 21</i>	<i>051016931</i>
Radiographie					
<small>+++ Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios,...)</small>					
<small>+++ Déclaration des circonstances du traumatisme si c'est le cas</small>					
Analyses					
<small>+++ Demande d'accord préalable est obligatoire pour tout bilan lourd et spécifique</small>					

Praticien	et fin de soins (1)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: *iNPE*

Date (1) début Traitement	Date (2) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
<i>08/04/2023</i>	<i>08/04/2023</i>	<i>CHITROZ 250 mg 100 comprimés</i>	<i>1</i>	<i>51,40</i>	<i>51,40</i>
		<i>POB 20 mg 100 comprimés</i>	<i>1</i>	<i>35,70</i>	<i>35,70</i>
		<i>ENOKAL 100 mg 100 comprimés</i>	<i>2</i>	<i>58,10</i>	<i>116,20</i>
		<i>coprovate 100 mg 100 comprimés</i>	<i>1</i>	<i>30,10</i>	<i>30,10</i>
		<i>0095</i>	<i>1</i>	<i>151</i>	<i>151</i>
					<i>PHARMACIE OULME CASA S.A.R.L.A.U. Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour - Casablanca Tél: 0522 22 61 68</i>
			TOTAL	6	384,70

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

OPTIQUE (1)

Code INPE:

Monture	Date	Montant	Signature et cachet
Verres ou Lentilles			

(1) 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.

DR BADAOUI ABDELLATIF

Ophtalmologiste spécialiste de la chirurgie de la cataracte et de la correction visuelle au laser des myopies, astigmatismes, hypermétropies et presbytie

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-vingt à Paris

الدكتور بدوي عبد اللطيف

اختصاصي في جراحة العيون المياه البيضاء
و تصحيح البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب

خريج كلية مونبولي بفرنسا
ملحق سابق بمستشفى فان - كانز بباريس

Casablanca, le في البيضاء
13-03-2023

Madame MOUMEN EP AMJOUEL Fatima

SN40

1- CATEX 250mg 1cp matin 1 cp le soir pd 5js



INSTILLER DANS L'OEIL OPERÉ :

3570
2- TOBRADEX collyre 1goutte x4/j pd 2 semaines
puis 1goutte x2/j pd 2 semaines.



38.00x2
3- INDOCOLLYRE collyre 1goutte x4/j pd 2 semaines
puis 1goutte x2/j pd 2 semaines.



3000
4- PANSEMENT OCULAIRE à changer matin et soir .



5- ODYS 1 goutte x4/j pd 15 jours .



IB: Prière ne pas oublier le traitement le jour

751.2

384.75
PHARMACIE QUILMES CASA
S.A.R.L.A.U
Angle Bd Ghundi et Yacoub
Consultations : Tel: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 / 0680 21 70 90 - N° 27 Rue Ferhat Hachad
Agences : Tel: 0522 20 92 43 / 0522 22 12 96 - Clinique Rachidi, 43 Bd. Rachidi, Casablanca.
Email : opta.badaoui@gmail.com - www.drbadaouibdellatif.com - www.casablancalaservision.com



Sterisoin®
COMPRESSES OCULAIRES
ADHÉSIVES - ADULTES

sive de la gamme Sterisoin® est une rondelle sous forme d'un support adhésif, adaptée à la forme anatomique de l'œil.

Utiliser pour les traumatisques (plaies ou irritations):

Dr BADAOUI
OPHTALMOLOGISTE
27, Rue Ferhat Hachad - Casablanca
Tel: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71
Email : opta.badaoui@gmail.com





RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 03/04/2023
 Num Paiement : 1627814
 Assuré : MOUMEN EP AMJ FATIMA
 N° d'immatriculation : 10013895
 Mode de règlement : Virement
 Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <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 : 03/04/2023

Page:1 /1

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 remboursé	Motif rejet
Pour MOUMEN EP AMJ FATIMA / 10013895 \ 001CMIM0242M20230327427346										
ML3451101	13/03/2023	Forfait larmes artificielles	1	1.00	85.00 %	151,20	151.20	0.00	128,52	
ML3451101	13/03/2023	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	233,55	233.55	0.00	198,52	
Total remboursé pour : FATIMA						384,75			327,04	

Décompte : 1627814 Date de Paiement : 03/04/2023 Prestation : 327,04 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)