

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, parodontologie 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

- Reclamation : 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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

N° W21-799109

Complément

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10452 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELAMRAOUI SETTY

Date de naissance : 26/07/1975 Age : 47

Adresse : 159608

Tél. : 0661149714 Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 MAI 2023

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'at-
médecin 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 : CAS Le : 05/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

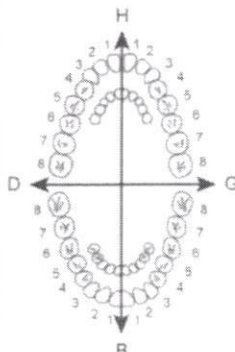
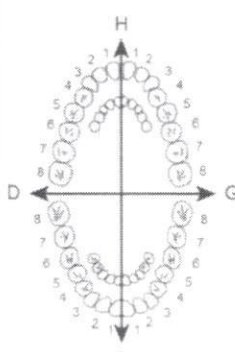
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan d

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"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique nécessaire à la profession</p>																	
					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'EXE

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

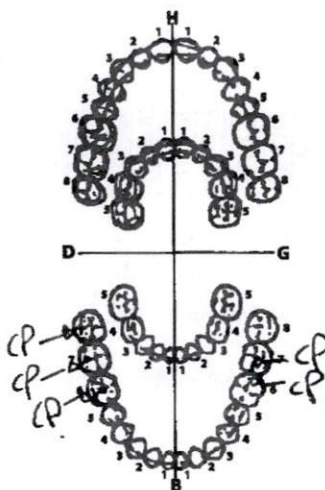
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

SOINS DENTAIRES

CODE INPE (Obligatoire) : 092016078

Etabli le : 28/02/93

Date	N° Dent	Nature des travaux	Coef. travaux	Honoraires
28 <u>02</u> 23	46 + 47 + 48	Obt + Composite	36	# 18 appt
	37 + 36	Obt + Composite	Del.	# 1 appt
Total des honoraires				# Encaissé



Traitement ODF :

Date	N° Semestre	Coef.	Honoraires

Signature et cachet
du praticien

Lot. Bellevue - Colombie - d'Alaska
+212 322 787 687

FRAIS PHARMACEUTIQUES

CODE INPE (Obligatoire) :

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
	TOTAL			

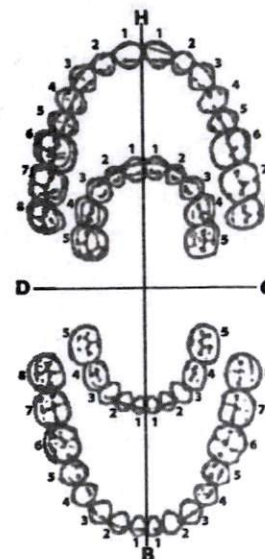
DEVIS

PROTHESE DENTAIRES

CODE INPE (Obligatoire) :

Etabli le :

Prothèse et Soins Dentaires :

[illegible]

Traitement ODF :

[illegible]

**Signature et cachet
du praticien**

CONDITIONS GENERALES D'ATTRIBUTIONS

Ne pourront être remboursés qu'après accord de la caisse :

- Les prothèses dentaires (Les prothèses esthétiques ne sont pas remboursables)
- Les traitement d'orthopédie faciale (ODF) :

- Doit être commencé avant le quatorzième anniversaire
- Le praticien traitant doit préciser la nature des malformations à corriger et indiquer la durée approximative du traitement.

Toute demande d'accord pour prothèse fixe doit être accompagnée par une radio avant traitement (« nom, cachet, date » obligatoire)

QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 1- Etablir 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.
- 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 remboursement 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 audioit 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

D. S. S. 18600



* D T 1 7 2 5 2 1 7 *

DEMANDE D'ACCORD / REMBOURSEMENT SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

(Réservée à la CMIM)

D: _____

T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : EL RHODAI BE HASSAN

MATRICULE ASSURE : 101054129 N° CIN : BE 84943

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : EL RHODAI BE HASSAN Lien de parenté : Père

MATRICULE BENEFICIAIRE : _____

Date de naissance : 10/10/1967

Montant des frais (DHS): 3000,00 Nombre de pièces jointes : 1

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

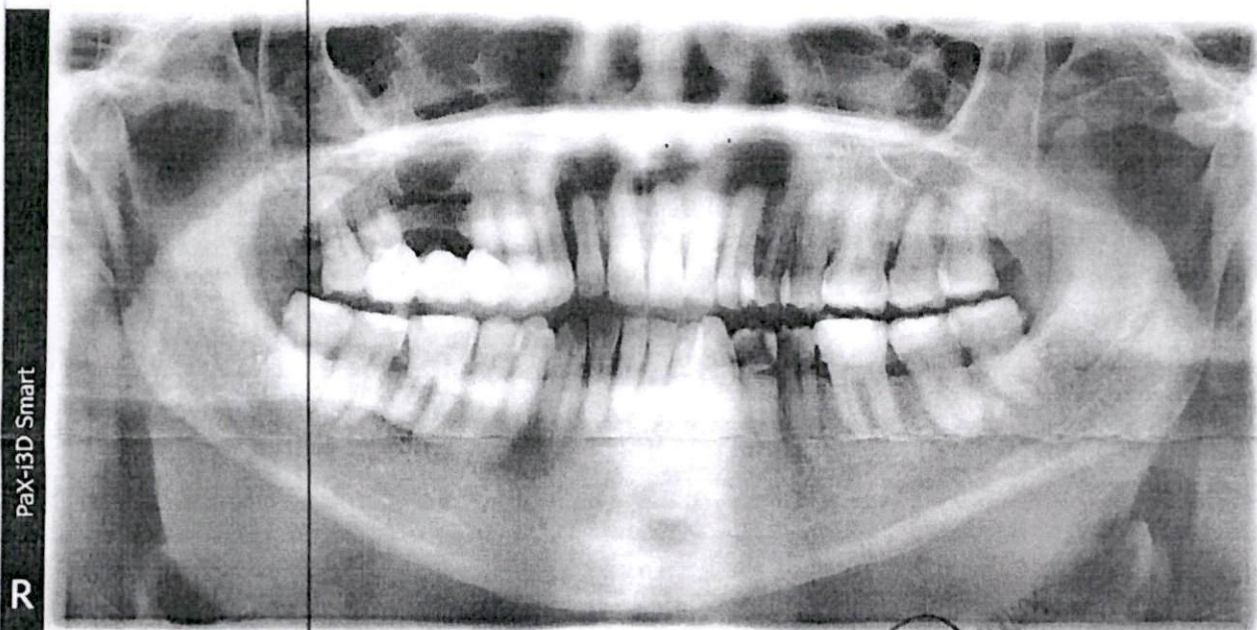
EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau : _____	
CACHET	

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

Chart No: 20230223_112747

Name: ELRHODAIBI HASSAN Gender: Homme Age: 55Y



CLINIQUE DENTAIRE Dr. Taoufik BENNOUNA
147, Bellevue - Casablanca - Maroc
Tél: +212 522 767 175

SOINS DENTAIRES

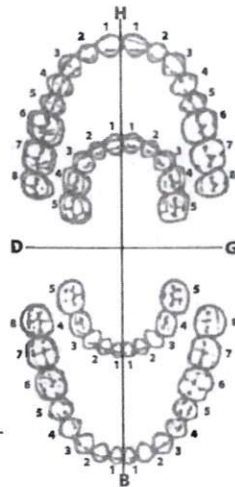
CODE INPE (Obligatoire) :

296010669

Etabli le

23-02-2022

Date	N° Dent	Nature des travaux	Coef. travaux	Honoraires
23/12/23		Rx panoramique	D15	#3000
		Détachement complet	D12	#16000
		Sus et Sous gingival	2	
Total des honoraires				#20000



Traitement ODF :

Date	N° Semestre	Coef.	Honoraires

Signature et cachet
du praticien

CENTRIQUE DENTAIRE MAROC
 101 Boulevard Abdelhak Moussad
 Californie - Rabat Maroc
 Tel: +212 537 71 11 11 +212 537 787 68

FRAIS PHARMACEUTIQUES

CODE INPE (Obligatoire) : L

[illegible]

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
	TOTAL			

DEVIS

PROTHESE DENTAIRES

CODE INPE (Obligatoire) :

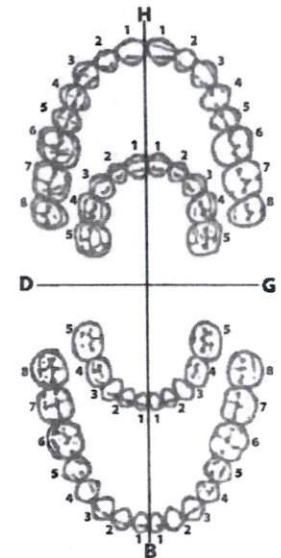
Etabli le

* *****

Prothèse et Soins Dentaires :

[illegible]

Prothèse et ODF
sont soumises à un accord
préalable de la CMIM



Traitement ODF :

[illegible]

Signature et cachet
du praticien

CONDITIONS GENERALES D'ATTRIBUTIONS

Ne pourront être remboursés qu'après accord de la caisse :

- Les prothèses dentaires (Les prothèses esthétiques ne sont pas remboursables)
- Les traitements d'orthopédie faciale (ODF) :

- Doit être commencé avant le quatorzième anniversaire
- Le praticien traitant doit préciser la nature des malformations à corriger et indiquer la durée approximative du traitement.

Toute demande d'accord pour prothèse fixe doit être accompagnée par une radio avant traitement (« nom, cachet, date » obligatoire)

QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 1- Etablir 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.
- 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 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, 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



الصندوق التفاضلي المهني المغربي
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

REFERENCE DOSSIER

18600
Dn KARIM

DT 169407 59446

DEMANDE D'ACCORD / REMBOURSEMENT SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

(Réservée à la CMIM)

D: _____
T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : EL RHODAIBI Hassan
MATRICULE ASSURE : 149957429 N° CIN : BE84943

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE


Nom et Prénom : EL Rhodaihi Hassan Lien de parenté : Primaire
MATRICULE BENEFICIAIRE : _____
Date de naissance : 10/10/1977
Montant des frais (DHS): 300,00 Nombre de pièces jointes : 02

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 intranet : www.cmim.ma

RELEVÉ DES PRESTATIONS			الصندوق التعاوني المهني المغربي Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine
Date de paiement : 03/04/2023 Num Paiement : 1626226 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 : 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 rembourser	Motif rejet
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0222M20230328430704										
DT169407	23/02/2023	RADIO PANORAMIQUE	1	15,00	85.00	300,00	165,00	0,00	140,25	
DT169407	23/02/2023	Détatrage haut	1	12,00		300,00	0	0,00	0,00	Délai de l'acte non respecté
DT169407	23/02/2023	Détatrage bas	1	12,00		300,00	0	0,00	0,00	Délai de l'acte non respecté
Total remboursé pour HASSAN						900,00			140,25	
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0222M20230328430710										
DT1725217	28/02/2023	OB normal 1 ou 2 faces (46)	1	10,00	25.50	600,00	0	0,00	255,00	
DT1725217	28/02/2023	OB normal 1 ou 2 faces (47)	1	10,00	25.50	600,00	0	0,00	255,00	
DT1725217	28/02/2023	OB normal 1 ou 2 faces (48)	1	10,00	25.50	600,00	0	0,00	255,00	
DT1725217	28/02/2023	OB normal 1 ou 2 faces (37)	1	10,00	25.50	600,00	0	0,00	255,00	
DT1725217	28/02/2023	OB normal 1 ou 2 faces (36)	1	10,00	25.50	600,00	0	0,00	255,00	
Total remboursé pour HASSAN						3 000,00			1 275,00	
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0270M20230329432639										
ML3249392	10/01/2023	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1,00	85.00	300,00	300,00	0,00	255,00	
ML3249392	10/01/2023	OXYGENEOTHER. (CPAP) LOCATION	2	1,00	85.00	1 600,00	2 400,00	0,00	1 360,00	
Total remboursé pour HASSAN						1 900,00			1 615,00	
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0280M20230331437171										
ALD1397896	05/01/2023	PHARMACIE	1	1,00	85.00	945,43	945,43	0,00	803,62	
Total remboursé pour HASSAN						945,43			803,62	
Total général remboursé									3 833,87	

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

BANK OF AFRICA
140 AVENUE HASSAN II
ANFA
CASABLANCA
MAROC



Demande de Complément D'information

N° demande 4129627

REFERENCE DOSSIER



ML3249392

RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : EL RHODAI BIHASSAN
Matricule Assuré : 10054129
Collège : APP

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : EL RHODAI BIHASSAN
Matricule du Bénéficiaire : 10054129
Lien de parenté :

COLLECTIVITE

--

Le complément d'information demandé sur cet imprimé doit parvenir à la CMIM dans un délai de 3 mois

CMIM
Pôle métier
Service Prestation

Casablanca, le : 08/03/2023

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous avons bien reçu votre dossier
N°**ML3249392**

Cependant, nous avons besoin de ces informations indispensables
à son traitement :

-RESULTAT DU DERNIER BILAN

A noter que ce complément d'information devra nous parvenir
au plus tard 3 mois de la réception de cette lettre, le cas échéant votre dossier
sera rejetée.

Dans cette attente, veuillez agréer, Madame, Monsieur
l'expression de nos sentiments distingués.

Service Prestation

A remplir si demandé :

Nom et prénom du bénéficiaire (Avec cachet du médecin traitant) :

.....
.....
.....
.....
.....

Nature de la maladie (Avec cachet du médecin traitant) :

.....
.....
.....
.....
.....

Cachet & visa du médecin / pharmacie / Laboratoire / Radiologue/ clinique :

.....
.....
.....
.....
.....

Cachet & visa de l'opticien :

.....
.....
.....
.....
.....

Date début et fin des séances (Avec cachet du médecin traitant) :

.....
.....

*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.*

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : EL MOHAISS Hassan
 Nature de la maladie : Angine
 CIM-10 : I20

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

NATURE DES PRESTATIONS

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Médecin traitant *** Nature d'acte à préciser	05 JAN. 2023	5	6		091129718
Radiographie *** Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios,...) *** Déclaration des circonstances du traumatisme si c'est le cas					
Analyses *** Demande d'accord préalable est obligatoire pour tout bilan lourd et spécifique					

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 ...)
 - Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE:

Date (*) début Traitement	Date (*) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
13/01/23		IN649 10/20mg Plé 90cp	2	43,77	87,54€
TOTAL				2	87,54€

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

OPTIQUE (*)

Code INPE:

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(*) 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 les quelles 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



* A L D 1 3 9 7 8 9 6 *

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E) (1)

Nom et Prénom : EL RHODAI BI Hassan
 MATRICULE ASSURE : 199054128 N° CIN : BE 84943

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : EL RHODAI BI Hassan Lien de parenté : Primaire
 MATRICULE BENEFICIAIRE : 1111111111
 Date de naissance : 10/05/1987
 Montant des frais (DHS): 962,94 / 8754 EURO Nombre de pièces jointes : 02

(1) 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

PHARMACIE JEANTET
Martin MR JEANTET
78, COURS DE LA LIBERTE
69003 LYON
FRANCE
N° SIRET: 38920045200016
Code NAF: 4773Z - FR49389200452

Page 1 / 1

FACTURE

N°546

Du 13/01/2023

Date de l'échéance 14/01/2023

EL RHODAIBI HASSAN
18 rue pre gaudry
69007 LYON

Opérateur: _ C

Désignation Code produit	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
INEGY 10MG/20MG CPR PLQ/ 90 3400939095677 N° Lots : W016912 W016912	2	40,167	2,10%	80,33
Honor. dispens. HG7	2	2,703	2,10%	5,41

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
85,74	2,1% (4)	1,80	87,54
Total HT		Total TVA	Total TTC
85,74		1,80	87,54

Mode(s) de règlement

Espèces

87,54

Reste dû

0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

PHARMACIE JEANTET
78, Cours de la Liberté
LYON 3^e - Tél. 04 78 60 12 34
69 2 01864 1

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

MARTIN DE LA
78, COURS DE LYON
69005 LYON
N° SIRET : 5032...
CODE POSTAL : 69500 - FRANCE

Code type
IVH

N° Montant
11C

Désignation
Vente Directe

4 2 43,11
LPH PLW/ 30

Designation

Designation
Vente Directe

SAUJ5405611
INRGY IUMG/2

Code	Qty	Montant
104	1	11
105	1	11
106	1	11
107	1	11
108	1	11
109	1	11
110	1	11
111	1	11
112	1	11
113	1	11
114	1	11
115	1	11
116	1	11
117	1	11
118	1	11
119	1	11
120	1	11
121	1	11
122	1	11
123	1	11
124	1	11
125	1	11
126	1	11
127	1	11
128	1	11
129	1	11
130	1	11
131	1	11
132	1	11
133	1	11
134	1	11
135	1	11
136	1	11
137	1	11
138	1	11
139	1	11
140	1	11
141	1	11
142	1	11
143	1	11
144	1	11
145	1	11
146	1	11
147	1	11
148	1	11
149	1	11
150	1	11
151	1	11
152	1	11
153	1	11
154	1	11
155	1	11
156	1	11
157	1	11
158	1	11
159	1	11
160	1	11
161	1	11
162	1	11
163	1	11
164	1	11
165	1	11
166	1	11
167	1	11
168	1	11
169	1	11
170	1	11
171	1	11
172	1	11
173	1	11
174	1	11
175	1	11
176	1	11
177	1	11
178	1	11
179	1	11
180	1	11
181	1	11
182	1	11
183	1	11
184	1	11
185	1	11
186	1	11
187	1	11
188	1	11
189	1	11
190	1	11
191	1	11
192	1	11
193	1	11
194	1	11
195	1	11
196	1	11
197	1	11
198	1	11
199	1	11
200	1	11
201	1	11
202	1	11
203	1	11
204	1	11
205	1	11
206	1	11
207	1	11
208	1	11
209	1	11
210	1	11
211	1	11
212	1	11
213	1	11
214	1	11
215	1	11
216	1	11
217	1	11
218	1	11
219	1	11
220	1	11
221	1	11
222	1	11
223	1	11
224	1	11
225	1	11
226	1	11
227	1	11
228	1	11
229	1	11
230	1	11
231	1	11
232	1	11
233	1	11
234	1	

4 2 45
11/11/30

total 11L
H Payer

81,34 (5/4,22)

INITIAL A MYTER :

Montant MI : 83,14

Montant HT : 4
Lode
VH 4 1aux
2,10

Especies

HI

1 VH
1, 801

117
81, 24

: 87,54

Le 12/01/2023 à 09h29 Up. : 2 _ M

Montants exprimés en Euros

HERET POUR VOIRE VISITE

11/27/77, 1/17/78, 1/24/78, 1/31/78, 2/7/78, 2/14/78, 2/21/78, 2/28/78, 3/7/78, 3/14/78, 3/21/78, 3/28/78, 4/4/78, 4/11/78, 4/18/78, 4/25/78, 5/2/78, 5/9/78, 5/16/78, 5/23/78, 5/30/78, 6/6/78, 6/13/78, 6/20/78, 6/27/78, 7/4/78, 7/11/78, 7/18/78, 7/25/78, 8/1/78, 8/8/78, 8/15/78, 8/22/78, 8/29/78, 9/5/78, 9/12/78, 9/19/78, 9/26/78, 10/3/78, 10/10/78, 10/17/78, 10/24/78, 10/31/78, 11/7/78, 11/14/78, 11/21/78, 11/28/78, 12/5/78, 12/12/78, 12/19/78, 12/26/78, 1/2/79, 1/9/79, 1/16/79, 1/23/79, 1/30/79, 2/6/79, 2/13/79, 2/20/79, 2/27/79, 3/5/79, 3/12/79, 3/19/79, 3/26/79, 4/2/79, 4/9/79, 4/16/79, 4/23/79, 4/30/79, 5/7/79, 5/14/79, 5/21/79, 5/28/79, 6/4/79, 6/11/79, 6/18/79, 6/25/79, 7/2/79, 7/9/79, 7/16/79, 7/23/79, 7/30/79, 8/6/79, 8/13/79, 8/20/79, 8/27/79, 9/3/79, 9/10/79, 9/17/79, 9/24/79, 9/30/79, 10/7/79, 10/14/79, 10/21/79, 10/28/79, 11/4/79, 11/11/79, 11/18/79, 11/25/79, 12/2/79, 12/9/79, 12/16/79, 12/23/79, 12/30/79, 1/6/80, 1/13/80, 1/20/80, 1/27/80, 2/3/80, 2/10/80, 2/17/80, 2/24/80, 3/2/80, 3/9/80, 3/16/80, 3/23/80, 3/30/80, 4/6/80, 4/13/80, 4/20/80, 4/27/80, 5/4/80, 5/11/80, 5/18/80, 5/25/80, 6/1/80, 6/8/80, 6/15/80, 6/22/80, 6/29/80, 7/6/80, 7/13/80, 7/20/80, 7/27/80, 8/3/80, 8/10/80, 8/17/80, 8/24/80, 8/31/80, 9/7/80, 9/14/80, 9/21/80, 9/28/80, 10/5/80, 10/12/80, 10/19/80, 10/26/80, 11/2/80, 11/9/80, 11/16/80, 11/23/80, 11/30/80, 12/7/80, 12/14/80, 12/21/80, 12/28/80, 1/4/81, 1/11/81, 1/18/81, 1/25/81, 2/1/81, 2/8/81, 2/15/81, 2/22/81, 2/29/81, 3/6/81, 3/13/81, 3/20/81, 3/27/81, 4/3/81, 4/10/81, 4/17/81, 4/24/81, 5/1/81, 5/8/81, 5/15/81, 5/22/81, 5/29/81, 6/5/81, 6/12/81, 6/19/81, 6/26/81, 7/3/81, 7/10/81, 7/17/81, 7/24/81, 7/31/81, 8/7/81, 8/14/81, 8/21/81, 8/28/81, 9/4/81, 9/11/81, 9/18/81, 9/25/81, 10/2/81, 10/9/81, 10/16/81, 10/23/81, 10/30/81, 11/6/81, 11/13/81, 11/20/81, 11/27/81, 12/4/81, 12/11/81, 12/18/81, 12/25/81, 1/1/82, 1/8/82, 1/15/82, 1/22/82, 1/29/82, 2/5/82, 2/12/82, 2/19/82, 2/26/82, 3/5/82, 3/12/82, 3/19/82, 3/26/82, 4/2/82, 4/9/82, 4/16/82, 4/23/82, 4/30/82, 5/7/82, 5/14/82, 5/21/82, 5/28/82, 6/4/82, 6/11/82, 6/18/82, 6/25/82, 7/2/82, 7/9/82, 7/16/82, 7/23/82, 7/30/82, 8/6/82, 8/13/82, 8/20/82, 8/27/82, 9/3/82, 9/10/82, 9/17/82, 9/24/82, 9/30/82, 10/7/82, 10/14/82, 10/21/82, 10/28/82, 11/4/82, 11/11/82, 11/18/82, 11/25/82, 12/2/82, 12/9/82, 12/16/82, 12/23/82, 12/30/82, 1/6/83, 1/13/83, 1/20/83, 1/27/83, 2/3/83, 2/10/83, 2/17/83, 2/24/83, 3/2/83, 3/9/83, 3/16/83, 3/23/83, 3/30/83, 4/6/83, 4/13/83, 4/20/83, 4/27/83, 5/4/83, 5/11/83, 5/18/83, 5/25/83, 6/1/83, 6/8/83, 6/15/83, 6/22/83, 6/29/83, 7/6/83, 7/13/83, 7/20/83, 7/27/83, 8/3/83, 8/10/83, 8/17/83, 8/24/83, 8/31/83, 9/7/83, 9/14/83, 9/21/83, 9/28/83, 10/5/83, 10/12/83, 10/19/83, 10/26/83, 11/2/83, 11/9/83, 11/16/83, 11/23/83, 11/30/83, 12/7/83, 12/14/83, 12/21/83, 12/28/83, 1/4/84, 1/11/84, 1/18/84, 1/25/84, 2/1/84, 2/8/84, 2/15/84, 2/22/84, 2/29/84, 3/6/84, 3/13/84, 3/20/84, 3/27/84, 4/3/84, 4/10/84, 4/17/84, 4/24/84, 5/1/84, 5/8/84, 5/15/84, 5/22/84, 5/29/84, 6/5/84, 6/12/84, 6/19/84, 6/26/84, 7/3/84, 7/10/84, 7/17/84, 7/24/84, 7/31/84, 8/7/84, 8/14/84, 8/21/84, 8/28/84, 9/4/84, 9/11/84, 9/18/84, 9/25/84, 10/2/84, 10/9/84, 10/16/84, 10/23/84, 10/30/84, 11/6/84, 11/13/84, 11/20/84, 11/27/84, 12/4/84, 12/11/84, 12/18/84, 12/25/84, 1/1/85, 1/8/85, 1/15/85, 1/22/85, 1/29/85, 2/5/85, 2/12/85, 2/19/85, 2/26/85, 3/5/85, 3/12/85, 3/19/85, 3/26/85, 4/2/85, 4/9/85, 4/16/85, 4/23/85, 4/30/85, 5/7/85, 5/14/85, 5/21/85, 5/28/85, 6/4/85, 6/11/85, 6/18/85, 6/25/85, 7/2/85, 7/9/85, 7/16/85, 7/23/85, 7/30/85, 8/6/85, 8/13/85, 8/20/85, 8/27/85, 9/3/85, 9/10/85, 9/17/85, 9/24/85, 9/30/85, 10/7/85, 10/14/85, 10/21/85, 10/28/85, 11/4/85, 11/11/85, 11/18/85, 11/25/85, 12/2/85, 12/9/85, 12/16/85, 12/23/85, 12/30/85, 1/6/86, 1/13/86, 1/20/86, 1/27/86, 2/3/86, 2/10/86, 2/17/86, 2/24/86, 3/2/86, 3/9/86, 3/16/86, 3/23/86, 3/30/86, 4/6/86, 4/13/86, 4/20/86, 4/27/86, 5/4/86, 5/11/86, 5/18/86, 5/25/86, 6/1/86, 6/8/86, 6/15/86, 6/22/86, 6/29/86, 7/6/86, 7/13/86, 7/20/86, 7/27/86, 8/3/86, 8/10/86, 8/17/86, 8/24/86, 8/31/86, 9/7/86, 9/14/86, 9/21/86, 9/28/86, 10/5/86,

11/24/73 UN/14KET/2 N/ETMR/WIRE
2. CO. I. I. AS-24/1

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

اختصاصي في أمراض القلب والشرابيين

خريج كلية الطب بباريس

أوقات العمل من الإثنين إلى الخميس من 9 إلى 15

والسبت من 9 إلى 11

العيادة مغلقة يوم الجمعة والسبت بعد الزوال والأحد

N° d'identification du praticien : 091129718

Casablanca, le 05 JAN. 2023

الطبيب الاستدلالى :

المستشار الطبي ، في

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE

Angle 38. Bd. Lalla Yacout et
1. Rue El Araar - Casablanca

Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

Dr. El Rhodani Hanan

INFGY 1-7/27

19/1 (6 ans)

26904
ARMACIE JEANTE
78, Cours de la Liberté
Tél. 04 78 60 11 11
04 78 60 11 11
le 13/01/23

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE
Angle 38. Bd. Lalla Yacout et
1. Rue El Araar - Casablanca
Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90