

# 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° W21-793133

<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 :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AMY JONEL SAÏD			
Date de naissance : 01/01/1949			
Adresse : 84 RÉSIDENCE DES ROSES APPT N° 7 BERLÉ SIDI BOUABDOUN			
Tél. : 013214110 / 0522394810			
Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même		
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 : Casablanca  
Signature de l'adhérent(e) :   
Le : 06/06/2023

## 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 Cœfficients	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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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: .....



\* M L 3 4 5 1 1 0 2 \*

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : ..... **MOUNEN FATIMA EP AMIOUER**

MATRICULE ASSURE : **100 13 895** N° CIN : **B32043**

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : ..... **MOUNEN FATIMA** Lien de parenté : ..... **MRI MEM**

MATRICULE BENEFICIAIRE : **100 13 895**

Date de naissance : **05 10 63**

Montant des frais (DHS): ..... **11 86,40** Nombre de pièces jointes : **07**

(\*) 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](http://www.cmim.ma)

Nom et prénom du malade : Maurice Félix

Nature de la maladie ( ): ulcère diffus

CIM-10:.....

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

## NATURE DES PRÉSTATIONS

(\*)<sup>1</sup> - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...)

#### - Accord préalable obligatoire

## FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: 0940363151

(\*)<sup>2</sup> Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

## OPTIQUE (3)

Code INPE: 11111111

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(\*)<sup>1</sup> 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.

Docteur GUESSOUS Mohamed Rachid

Médecine Générale

Derb El Miter Rue 1 N° 40  
El Fida - Casablanca  
Tél. : 05 22 28 44 57  
GSM : 06 65 79 20 91

كتور گسوس محمد رشید

الطب العام

درب المتر زنقة 1 رقم 40  
الفداء - الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22 28 44 57  
المحمول: 06 65 79 20 91

Casablanca, le : ..... 02/05/23 .....

ن - نوروز فاطمة

81700 Bioumi 500 1x1 - 3.  
681705 Alqued 200 3x1 - 3.  
98810 Neofastan 200 3x1 - 3.  
6110 Ayy. 200 3x1 - 3.  
~~40816 Alqued 200 3x1 - 3.~~

33600



Lore 02/04/23

## Note d'honneur

Visite à la mairie le 02/04/23 pour la Mairie  
Festina.

Honneur visit. 600 <sup>00</sup>

Honneur Gébétin. 50 <sup>00</sup>

Honneur gâteau. 20 <sup>00</sup>

Total honneur. 850 <sup>00</sup> TL

(Huit unités signé à l'hr TC)





### RELEVE DES PRESTATIONS

<p>Date de paiement : 25/04/2023          Num Paiement : 1644470          Assuré : MOUMEN EP AMJ FATIMA          N° d'immatriculation : 10013895          Mode de règlement : Virement          Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <a href="https://assures.cmim.ma/">https://assures.cmim.ma/</a></p> <p></p>	<p>MOUMEN EP AMJ FATIMA CREDIT DU MAROC "RET"          84 A, RUE DES ROSES RESIDENCE ROSE          APPT 7 BEAUSEJOUR          21200          CASABLANCA          MAROC</p> <p></p>
<p>Emis à Casablanca le : 25/04/2023</p>	<p>Page:1 / 1</p>

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 \ 001CMIM0209M20230420472055										
ML3451102	02/04/2023	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	336,40	336.40	0.00	285,94	
ML3451102	02/04/2023	VISITE GENERALISTE	1	1.00	85.00 %	600,00	200.00	0.00	170,00	
ML3451102	02/04/2023	ACTES (S) NON REMBOURSABLE (S)	1	1.00	forf	250,00	250.00	0.00	0.00	nr injection
Total remboursé pour : FATIMA						1 186,40			455,94	

Décompte : 1644470 Date de Paiement : 25/04/2023 Prestation : 455,94 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)