

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-817793

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183 Société : 175008
 Actif Pensionné(e) Autre : Hassan Mohamneel
 Nom & Prénom : Hassan Mohamneel
 Date de naissance : 01-01-1948
 Adresse : 700 Rue Ben Slimane Nakhli, Maroc
 Tél. : 06 61133678 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Complètement vacant

Age :

Nom et prénom du malade :

Conjoint

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'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 : 19/09/2023

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
11/01/2018				INP : <input type="checkbox"/>

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	
00000000	00000000
35533411	11433553

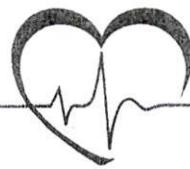
(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Mohamed Amine LAABI



دكتور محمد أمين لعبي

CARDIOLOGUE

Cardiologie Générale et Interventionnelle

تصاري في أمراض القلب والشرايين

علاج القلب التداخلي

NOM : HACHLAF ZOHRA

DATE: 08/05/2023

NOTE D'HONORAIRES

Consultation + ecg = 300 DH

Echographie cardiaque = 1000 DH

Total = mille trois cent dirhams.



کوفر سپل 10 ملغ

بیراند و بیریل ارجمندین . حیات ملبسه

إقرأ بدقة هذه النشرة قبل أن تأخذ هذا الدواء، لأنها تحتوي على معلومات هامة لك.

- احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاجها لاحقًا.
- كملت هذه الدose ستة أيام أصل الأطباق أو الصباغ أو المعرض.
- توقف عن تناول هذه الدose إذا حدثت أعراض جانبية مثل: احمرار في العين، حكة، حساسية، احتقان، صداع، صداع، تهيج.
- حسّن وزنك، اكتسب اغراض مناسبة، تدليك يدك، تدليك.
- إذا شعرت بأي أثر جانبية تكلم مع الأطباق أو الصباغ أو المعرض.
- هذا دواء ينويه على جميع الأثر الجانبية العرضية التي يسببها.
- الأثر الجانبي: 4- مفعول الأثر الجانبية يختلف.

١٠- ما هو كويروبريل ١٥، ملعي، ملعي ملائكة و في أيام ملائكة؟
١١- ما هي المعلومات المخواض، معروضها قبل آخر كويروبريل ١٥، من؟
١٢- كيف يُؤدي كويروبريل ١٥، ملعي، ملائكة؟
١٣- ما هي المقدمة المختلطة؟
١٤- كيف يُؤدي كويروبريل ١٥، ملعي، ملائكة؟
١٥- كيف يُؤدي كويروبريل ١٥، ملعي، ملائكة؟
١٦- ما هو كويروبريل ١٥، ملعي، ملائكة و في أيام ملائكة؟
١٧- ما هي المقدمة المختلطة؟
١٨- كيف يُؤدي كويروبريل ١٥، ملعي، ملائكة؟
١٩- كيف يُؤدي كويروبريل ١٥، ملعي، ملائكة؟
٢٠- كيف يُؤدي كويروبريل ١٥، ملعي، ملائكة؟

النشرة: معلومات المستخدم

أفراد تأهيل المعلمة بطريقة رقمية 10 مع
أفراد تأهيل المعلمة بطريقة رقمية 20 مع
ن. دستك

Pfizer

استدعاها إلى ذلك

LOT N°: G J 8599

النشرة: معلومات المستخدم

أفراد تأهيل المعلمة بطبيعة رقيقة 10 مع
أفراد تأهيل المعلمة بطبيعة رقيقة 20 مع
أمور فلسفتين

The Pfizer logo, which consists of the word "Pfizer" in a stylized, italicized font inside a dark oval shape.

UT AV: 1.6 5.3 P.P.V

LOT N° : 4 5 6 7 8 9 10

• مرجعي الأدلة
• إذا كانت لديك
• تم وصف
• حذف كل الماء

See also [the *Introduction*](#)

20

30 comprimés pelliculés

prendre ce médicament
l'avez.
priez.
bonne pharmacien.
jet. Ne le donnez pas à
les signes de leur maladie

- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne sera

NOTICE: INFORMAT

FLUDE

primés pellicule

veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne sera pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique «Quels sont les effets indésirables possibles ?».

... contact cette notice ?

- Quel est le nom de ce médicament ?
1. Qu'est-ce que c'est ?
2. Quels sont les effets secondaires de ce médicament ?
3. Comment prendre ce médicament ?
4. Quels sont les effets secondaires de ce médicament ?
5. Comment conserver ce médicament ?
6. Contenu de l'emballage ?
7. QU'EST-CE QUE FLEXER 1,5 MG COMPRIME PELLICULE A LIBERATION
SLOW-RELEASE ?
8. QU'EST-CE QU'UN CAS EST-IL UTILISE ?

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : HACHLAF ZOHRA

Nature de la maladie : HSA

CIM-10 :

(*) A 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	08/05/2023	6 ttes 300 dh		08466983	
Nature d'acte à préciser	08/05/2023	electrode 1000 dh cordyque			
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 (*) ¹	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

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

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: 0019037734

Date (*) ² début Traitement	Date (*) ² fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
08-05-2023		- corazol 10mg - fluidex 10 - Tabex 10 g. - Cardiopasine	(03)	142,70	428,10
			(03)	68,90	206,70
			(03)	79,70	239,10
			(03)	27,70	83,10
TOTAL				584,00

(*)²Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE

Code INPE: |||||

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

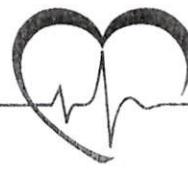
(*)³- La prescription et la facture des verres sont obligatoires.

- 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.

CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRE

عيادة فحص وتشخيص أمراض القلب والشرايين

Dr Mohamed Amine LAABI



دكتور محمد أمين لعبي

مختص في أمراض القلب والشرايين
علاج القلب التداخلي

08/05/2023

CARDIOLOGUE
Cardiologie Générale et Interventionnelle

HACHALAF 20472A

142,70 x 3
1- Candesartan 10mg

en cp/ji ustiu

68,90 x 3
2- Glidex 4P

en cp/ji ustiu

79,00 x 3
3- Aspirin 100mg

en cp/ji ustiu

24,70 x 3
4- Cardioaspirine 100mg

en cp/ji ustiu

att

325

Ts 954,90

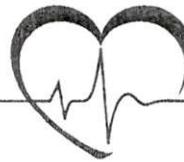
Résidence RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi) 1er étage Quartier Maârif - Casablanca
إقامة ربع « د » زاوية شارع بيرانزران وزنقة قائد الأسطر (قرب وكالة انوي) الطابق الأول حي المعارف - الدار البيضاء

Tél : 05 22 99 20 88 - Fax : 05 22 99 20 87 - Urgence : 06 55 12 73 13 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com

N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624

CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES
عيادة فحص وتشخيص أمراض القلب والشرايين

Dr Mohamed Amine LAABI



الدكتور محمد أمين لعبي

CARDIOLOGUE
Cardiologie Générale et Interventionnelle

ختصاري في أمراض القلب والشرايين
و علاج القلب التداخلي

Nom : HACHLAF ZOHRA

Date : 08/05/2023

ECHOGRAPHIE CARDIAQUE

Motif : HTA.

Fonction ventriculaire gauche normale. FEVG=65% SIMPSON.

Pas de trouble de la cinétique VG.

Ventricule gauche non dilaté DTDVG=55 mm, non hypertrophié. SIVd= 9mm.

Aorte thoracique non dilatée. Oreillette gauche non dilatée sog=18 cm²

Pas de valvulopathie notable.

Pressions de remplissage VG normales. E/a<1.

Cavités droites non dilatées. Pas d'HTAP sur l'IT. PAPS=30 mmhg.

VCI 14 mm compliant.

Pas d'épanchement péricardique.

Conclusion : Fonction ventriculaire gauche normale. Pas de valvulopathie notable.

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A REMPLIR PAR L'ASSURE

Assuré N° d'immatriculation

Entreprise

Nom & Prénom :

Bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné *Dr. LARBI*

estime que l'état de santé de M

HACHIM BOUZA

nécessite (1) :

un acte côté à la nomenclature
«préciser coefficient»

une hospitalisation médicale de

à

une cure thermale à

Orthopédi
Wardesque

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA CAISSE

SA DECISION

RABATTRE ET COLLER SUR CETTE PARTIE LE PIED DE LA FEUILLE

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

RENSEIGNEMENT SUR LA NATURE DE L'AFFECTION (à fournir au médecin - conseil de la Caisse)

(1) Rayer les mentions inutiles.

H.A.
CACHET DATE ET
SIGNATURE DU
PRATICIEN



RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 05/06/2023
 Num Paiement : 1675666
 Assuré : HACHLAF ZOHRA
 N° d'immatriculation : 10062218
 Mode de règlement : Virement
 Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <https://assures.cmim.ma/>



HACHLAF ZOHRA BANK OF AFRICA "RET"
 100 RUE BRAHIM NAKHAI
 APPT 25
 CASABLANCA
 MAROC



Emis à Casablanca le : 05/06/2023

Page:3 /3

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 HACHLAF ZOHRA / 10062218 \ 001CMIM0348M20230602550797										
ALD1416221	08/05/2023	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300.00	0.00	255,00	
ALD1416221	08/05/2023	ECHO-DOPPLER CARDIAQUE	1	1.00	85.00 %	1 000,00	550.00	0.00	467,50	
ALD1416221	08/05/2023	COVERSYL 5 MG (Prix : 145,9 dhs)	3	1.00	85.00 %	428,10	437.70	0.00	363,89	
ALD1416221	08/05/2023	FLUDEX LP 1.5 MG (Prix : 68,9 dhs)	3	1.00	85.00 %	206,70	206.70	0.00	175,70	
ALD1416221	08/05/2023	TAHOR 10 MG 28 COMPRIME 10 MG (Prix : 79 dhs)	3	1.00	85.00 %	237,00	237.00	0.00	201,45	
ALD1416221	08/05/2023	CARDIOASPIRINE 100 MG (Prix : 27,70 dhs)	3	1.00	85.00 %	83,10	83.10	0.00	70,64	
Total remboursé pour : ZOHRA								2 254,90	1 534,18	

Décompte : 1675666 Date de Paiement : 05/06/2023 Prestation : 1 534,18 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

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 4 1 6 2 2 1 *

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : HACHLA F Zohra Ep. HABACHI

MATRICULE ASSURE : 1200161401411 N° CIN : 1627639

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : HACHLA F Zohra Liens de parenté :

MATRICULE BENEFICIAIRE : 1200161401411

Date de naissance : 11/11/1971

Montant des frais (DHS): 2254,90 Nombre de pièces jointes : 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