

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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-817793

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183 Société : A75008

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HAZEL MOHAMMED

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : 20 Rue Beebin, Nakhoj, Maarif
Cassablanca

Tél. : 06 81133679 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

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'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) :

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.

Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

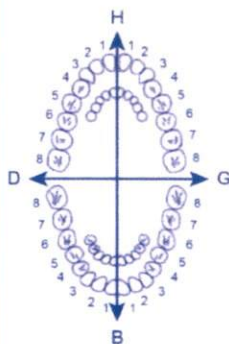
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

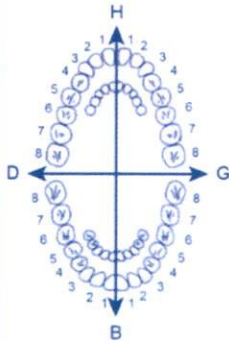
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">25533412 00000000</td> <td style="width: 50%;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H											
	25533412 00000000	21433552 00000000										
	D	G										
	00000000 35533411	00000000 11433553										
	B											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
			MONTANTS DES SOINS 									
		DATE DU DEVIS 										
		DATE DE L'EXECUTION 										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohamed Amine LAABI



لدكتور محمد أمين لعبي

CARDIOLOGUE
Cardiologie Générale et Interventionnelle

تصايف في أمراض القلب و الشرايين
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.

فرص تاجر المظلة بطيئة رقيقة 10 مع
فرص تاجر المظلة بطيئة رقيقة 20 مع
تورقاسان



سنت
ذا
ذا
کی
ذا
یہ
کے
مزا
مل
نظر
اٹھ
ش
ط
ر
س

UT. AV. :

P.P.V

LOT N°:

LOT N°: 6 J 8 5 9 9

يرجى قراءة هـ
بالنسبة لك
• يرجى الاحتفاظ
• إذا كنت لديك
• تم وصف هـ
حتى ولو كانت
• إذا شعرت بأ
ذلك، يخطئ هـ
الفقرة هـ

هذه
ما تاهور، قرص

لتنشر: معلومات للمستخدم

قراص تاهور المغلفة بطبقة رقيقة 10 مغ
قراص تاهور المغلفة بطبقة رقيقة 20 مغ
أنور فاستاتين



UT. AV.

P.P.V

LOT N°

LOT N°: G J 8 5 9 9

يرجى قراءة هذه
بالسمية لك
• يرجى الاحتف
• إذا كانت لديك
• تم وصف
• حتى ولو كانت
• إذا شعرت ب
• شك ينطبق
•

تلازم تحوي هذا
م. تاجوري، د. قرا

30 comprimés pelliculés

indire de médicament
r vous.
eire.
ion du votre pharmacie
vit. Ne le donnez pas
es signes de leur maia

• 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 serait

NOTICE: INFORMATION

FLUDE
1.5 MG

1,5 M

primés pellicule

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

- car elle contient des informations importantes :
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
 - Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
 - 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 votre 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 serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique « Quels sont les effets indésirables éventuels ? ».

Que contient cette notice ?

- Que contient cette notice ?**
1. Qu'est-ce que **FLUXIDEX** ?
 2. Quelles sont les indications et contre-indications de **FLUXIDEX** ?
 3. Comment prendre **FLUXIDEX** ?
 4. Quels sont les effets indésirables possibles ?
 5. Comment conserver **FLUXIDEX** ?
 6. Contenu de l'emballage et autres informations.
- QU'EST-CE QUE FLUXIDEX 1,5 MG COMPRIMÉ PELICULE À LIBÉRATION PROLONGÉE, ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?**

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire

Nom et prénom du malade : HACHRAF ZOUHRA
 Nature de la maladie (s) : HTA
 CIM-10 : I10

(*) 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	08/05/2023	61620	300 dh		08466883
	08/05/2023	61620	1000 dh		
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: 00190137134

Date (*) début Traitement	Date (*) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
08-05-2023		- coverzal 100g	(03)	142,70	428,10
		- fludoc. 1L	(03)	68,90	206,70
		- Taher 100g	(03)	79,00	237,00
		- Cardiospirine	(03)	27,70	83,10
TOTAL			12	254,00	

(*) 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 détail.

Dr Mohamed Amine LAABI



دكتور محمد أمين لعبي

CARDIOLOGUE

Cardiologie Générale et Interventionnelle

تخصصي في أمراض القلب و الشرايين
علاج القلب التداخلي

08/05/2023

HACHLAF ZOHERA

142,70 x (3)

1- Coversyl 10mg

un cp/j; matin

68,90 x (3)

2- fleedex cp

un cp/j; matin

79,00 x (3)

3- Jocher 10mg

un cp/j; soir

24,70 x (3)

4- Cordiospirine 100mg

un cp/j; matin

att

30/05

Ts 954,90



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 compliante.

Pas d'épanchement péricardique.

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

CMIM

36, Boulevard d'Anfa
CASABLANCA

الصندوق التعاضدي المهني المغربي
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

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. L. Anzi

estime que l'état de santé de M

HACELAF ZOURA

nécessite (1) :

un acte coté à la nomenclature

«préciser coefficient»

une hospitalisation médicale de

«approximatif»

à

«Préciser, l'établissement hospitalier»

une cure thermale à

«Préciser la station et la durée»

*celle de l'hôpital
bordelaise*

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)

HSA

CACHET DATE ET
SIGNATURE DU
PRATICIEN

(1) Rayer les mentions inutiles.



RELEVÉ 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	
						2 254,90			1 534,18	
Total remboursé pour : ZOHRA										

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 *

DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

Affections de Longue Durée

(Réservée à la CMIM)

D: _____

T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E) (*)

Nom et Prénom : HACHLAF Zohra EP HACHLAF

MATRICULE ASSURE : 22016140141 N° CIN : B27639

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (*)

Nom et Prénom : HACHLAF Zohra Lien de parenté : _____

MATRICULE BENEFICIAIRE : 22016140141

Date de naissance : 14/10/1977

Montant des frais (DHS) : 2254,90 Nombre de pièces jointes : 11

(*) 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