

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.

N° W21-817795

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	183	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HASSIBI MOHAMMED			
Date de naissance : 01-01-1968			
Adresse : 20, Rue Bouchra Nakhla, Casablanca			
Tél. 06 61 33 679 Total des frais engagés : Dhs			

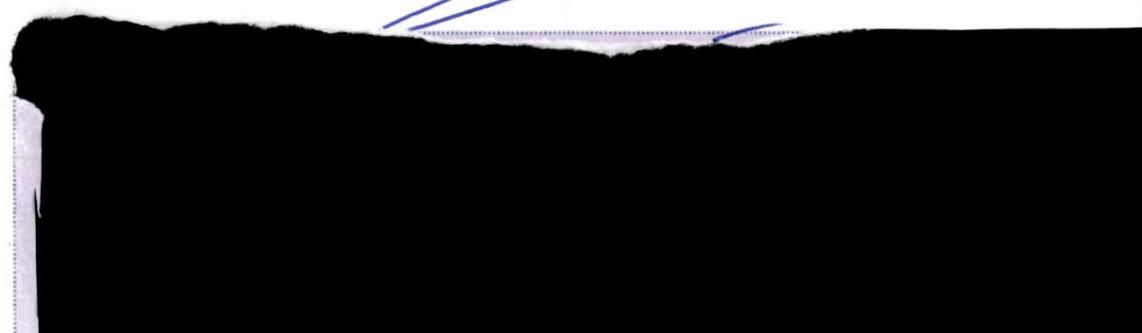
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" 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 : Casablanca Le : 11/09/2023

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

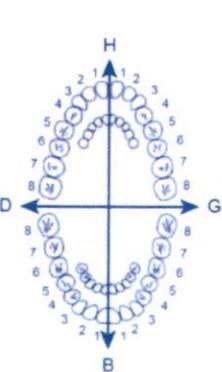
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 : <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"/>

ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
--

MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>

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'EXECUTION



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 Assure <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:1 /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 \ 001CMIM0208M20230601549560										
ML3366467	11/05/2023	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	200,00	300.00	0.00	170,00	
ML3366467	11/05/2023	PHARMACIE NON REMB	1	1.00	forf	258,90	258.90	0.00	0.00	nr fitopolis
ML3366467	11/05/2023	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	413,50	413.50	0.00	351,48	
ML3366467	11/05/2023	PCR COVID-19 (positif)	1	1.00	85.00 %	400,00	587.00	0.00	340,00	
Total remboursé pour : ZOHRA						1 272,40			861,48	

Décompte : 1675666 Date de Paiement : 05/06/2023 Prestation : 861,48 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)

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 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



DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D:

T:



* M L 3 3 6 6 4 6 7 *

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : HACHCAF Zohra ép HABACH

MATRICULE ASSURE : 2006140141 N° CIN : 1827639

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

Nom et Prénom : HACHCAF Zohra Lien de parenté :

MATRICULE BÉNÉFICIAIRE : 2006140141

Date de naissance : 1/1/11/11/11

Montant des frais (DHS) : 1272,40 Nombre de pièces jointes :

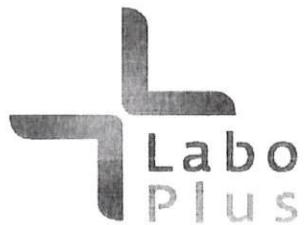
(i) L'exactitude et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

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



Laboratoire de biologie médicale

مختبر التحاليلات الطبية

Dr Zizi

دكتور الزيزي

Médecin Biologiste

طبيب

Ancien interne des hôpitaux de Paris

إختصاصي في
التحاليلات الطبية

Casablanca le 10-05-2023

Mme HACHLAF Zohra

FACTURE N° B230500531

Récapitulatif des analyses

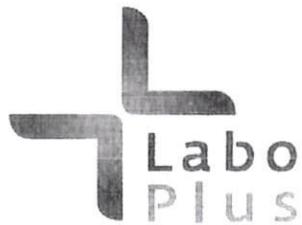
CN	Analyse	Val	Clefs
	PCR COVID-19	B298.51	B

Total des B : 298.51

TOTAL DOSSIER : 400.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
quatre cents dirhams





Laboratoire de biologie médicale

مختبر التحاليلات الطبية

Dr Zizi

دكتور الزizi

Médecin Biogiste

طبيب

Ancien interne des hôpitaux de Paris

إختصاصي في
التحاليلات الطبية

Casablanca le 10-05-2023

Mme HACHLAF Zohra

FACTURE N° B230500531

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	PCR COVID-19	B298.51	B

Total des B : 298.51

TOTAL DOSSIER : 400.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
quatre cents dirhams





Laboratoire de biologie médicale

مختبر التحاليل الطبية

Mme HACHLAF Zohra

Prescripteur :

Casablanca le : 20-05-2023

Du : 10-05-2023

Référence : B230500531

Dr Zizi

Médecin Biologiste

Ancien interne des hôpitaux de Paris

	Normes	Antériorités
BIOLOGIE MOLECULAIRE		

PCR COVID-19 (SARS-CoV-2)

Nature du prélèvement: Ecouvillon naso-pharyngé

Résultat: **Positif détecté en gène N,RdRP**
(*applied biosystems QuantStudio 5 Dx, Siemens FTD SARS-CoV-2*)

CT: 23.4

Commentaire: Résultat à confronter au contexte clinique. Un résultat négatif ne prouve pas avec certitude l'absence d'infection par le COVID-19. Cette problématique concerne essentiellement la phase d'incubation du virus (notamment si contact < 5 jours avec une personne positive). Il y a donc lieu de prendre toutes les mesures de prévention pour éviter d'éventuelles transmissions.



PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

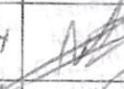
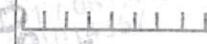
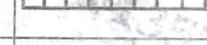
Nom et prénom du malade : Hachim Hachim, 20 ans.

Nature de la maladie (): Alcoolisme

CIM-10: *Amphetamine*

(*) A 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)
	11/05/23	C	2000DH		
Médecin traitant +++ Nature d'acte à préciser	10/05/23	C	Gratuit		
					
					
					
					
					
					
					
					
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	10.05.23	B.298.51	10000DH		

Praticien	Date début et fin de soins (1)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					1111111111111111
					1111111111111111

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

- Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: KD1201D413

Date début Traitement	Date fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
11/05/23		Azerix 500 mg	02	79,70	159,40
		Spectin 500 mg	01	74,80	
		Vitalol 2mg x 4	01	99,90	
		Danie forte	02	99,20	
		Fitopelus 150ml	01	159,00	
		Xyzall	01	80,40	
		TOTAL	09	628,40	

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

OPTIQUE (1)

Code INPE:

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(b) La prescription et la facture des verres sont obligatoires.



672.10

الدار البيضاء، في ٢٣-٢-١٩٥٣ Casablanca, le 23-2-1953

Hackbrot Habach in Zohrig

③ + 2x79,70
Aug 1059

So I get $\int T x^{(0)}$

(ii) Δ ame fete

(u) 3,000 ft
Ex 7950 - A group of 6 pup

Streptomyces ~~luteus~~ *luteus*

⑤ ~~Fitofis~~
8010 ~~le cas 3/85~~

⑥ ~~Xyzodell~~
~~3 c de Sint~~

8. Rue Assaad Bnou Zarara Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 98 80 71 - نهج العارفون، 8، الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 98 80 71

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire

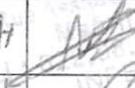
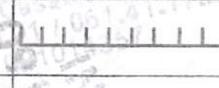
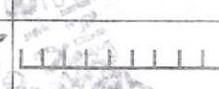
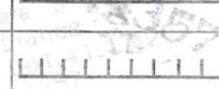
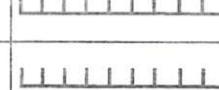
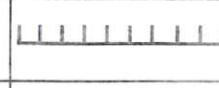
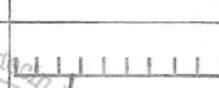
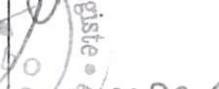
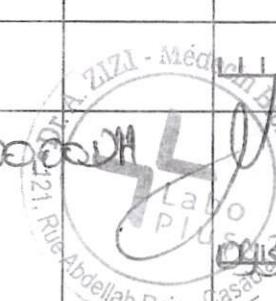
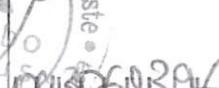
Nom et prénom du malade : Hachihachimura

Nature de la maladie : AVC / IMA / A

CIM-10: _____

(*) 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 +++ Nature d'acte à préciser	11/05/23	C	2000DH		
	10/05/23	C	Cratul		
					
					
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	20.05.23	329851	100000DH	  121, Rue Abdellah Raji - Casablanca Labo Plus	

Praticien	Date début et fin de soins (1)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					11111111111111
		11111111111111	11111111111111		11111111111111

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

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: ~~131203743~~

Date (jj ² début Traitement	Date (jj ² fin Traitement)	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
11/05/23		Azer 500 mg	02	79,70	159,40
		Spectin 500 mg	01	74,80	
		Vitalob zinc	01	99,90	
		Danie forte	02	99,20	
		Fitopelus 150 mg	02	159,00	
		Xyzall.	01	80,40	
			TOTAL	622,140	

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

OPTIQUE (O)

Code INPE: 1111111111

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(b) 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. Ouafae Guessous Krafess
Cabinet de Médecine Générale
Echographie
Expertise médicale - Diabétologie
Psychologie médicale



الدكتورة وفاء أتسوس الكرافس

الدار البيضاء، في Casablanca, le 16.05.28

Hachibei Habaishi 2014

BTPCR SarsCoV2

[Handwritten signature]



8, Rue Assaad Bnou Zarara Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 98 80 71 - الإلكتروني - البريد - العنوان:



Solution buvable

FITO

A standard linear barcode is located on the left side of the page, consisting of vertical black lines of varying widths on a white background.

Contenu net: 150 ml

Lot: 220503
A consommer
de préférence avant le: 05/2025
PPC: 79,50 DH

A standard linear barcode is positioned at the bottom of the page, consisting of vertical black lines of varying widths on a white background.

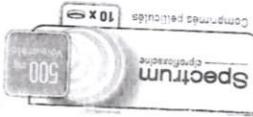
A standard linear barcode is located at the top of the page, consisting of vertical black lines of varying widths on a white background.

Contenu net: 150 ml

Lot : 220503
A consommer de préférence avant le : 05/2025
PPC: 79,50 DH

otassium, benzoate de souium, et arômes.
l'eucalyptus, agent de charge (glycérine),
ra sylvestris), extrait de propolis, acide
sime, extrait de racine d'échinacée
acidifiant (acide citrique), conservateurs
im).

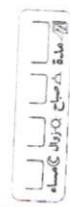
4 artifs naturels dont la propolis et



FIIONS:

ion buvable - fl
ion buvable - fl

, Fructose, Miel de feuilles de thé), Acidifiant (acides sorbates (sorbate de potassium),



Spectrum® 500™

A standard linear barcode is positioned vertically on the left side of the page. It is composed of vertical black lines of varying widths on a white background. The barcode is oriented vertically, with the top line at the top of the page.

من صنع
Fabricué par
COOPER PHILIPPIA
41, Rue Med DIOURI 20110 Casablanca
لدار الودار 2010
فرance : 69 55 00 00
Pharmacie responsable :
Amine DABOUR

Tableau A [Liste II] / [1 جزء] [1 جزء]

CI:6357