

## 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 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-817797

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 175010

Matricule : 1183 Société : 175010

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : M. ABACH MOHAMMED

Nom & Prénom : M. ABACH MOHAMMED

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : 100, Rue Beahim Aghis, Maarif

Quartier : Casablanca

Tél. : 0661 133679 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : Complément Conjoint

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 : 11 / 09 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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 des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



[illegible][illegible]

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

[illegible]

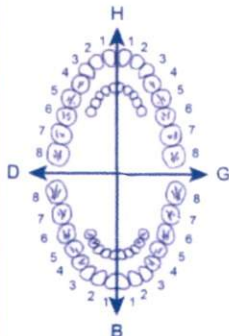
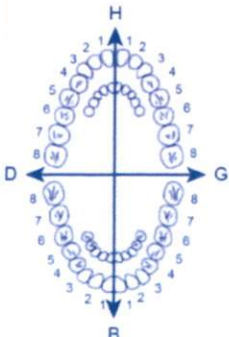
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canalaux, 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"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le : 10/02/2023

ORDONNANCE MEDICALE

Concernant M.....HACHIAF.ZOHRA

33,00

- CILOXAN Collyre  
1 goutte 4 fois par jour

Spectrum collyre

58,00

- INDOCOLLYRE  
1 goutte 4 fois par jour

126,10

- COSOPT Collyre  
1 goutte 2 fois par jour



Traitement œil gauche

T5 217,10

Dr Kaouthar DGADEG  
Ophtalmologiste  
Rds. Palmier - Bâtiment Résidentiel  
Entrée B9, 1er étage, Casablanca  
Tél: 0522 99 88 66 - INPE: 091386262

Urgence 24/24

**Dr. Kaouthar DGADEG**  
**Spécialiste des Maladies et Chirurgie**  
**des yeux Adultes et Enfants**

- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome
- Laser
- Angiographie
- OCT



**الدكتورة كوثر الدغادي**  
**إختصاصية في أمراض و جراحة**  
**العيون للكبار و الأطفال**

- عضوة في الجمعية الفرنسية لطب العيون
- جراحة الجلالة بالموجات فوق الصوتية
- تقويم الحول
- الزرق
- الليزر
- تصوير الأوعية الدموية للشبكية

Casablanca, le 10/02/2023

Compte-rendu de l'IVT de Mme HACHLAF ZOHRA

- Œil gauche
- Désinfection cutanée à la Bétadine
- Mise en place de champs opératoire stérile
- Mise en place de Blépharostat
- Lavage des culs de sacs conjonctivaux à la Bétadine diluée
- Injection d'AVASTIN à 4 mm du limbe
- Vérification d'acuité PL+
- Désinfection+pansement
- Traitement

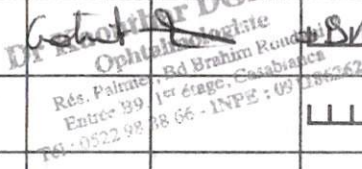
**Dr Kaouthar DGADEG**  
**Ophtalmologiste**  
Rés. Palmier - 285, Bd. Brahim ROUDANI  
Entrée B9 - Etage 1 - Casablanca  
Tél : 0522 98 88 66 - 1111111111

إقامة النخيل، 285 ، شارع إبراهيم الروداني - مدخل B9 - الطابق 1 ، شقة 3 - الدار البيضاء  
Rés. Palmier - 285, Bd. Brahim ROUDANI - Entrée B9 - Etage 1, Appt 3 - Casablanca  
E-mail : blankavision@gmail.com - Tél.: 0522 988 866



Nom et prénom du malade : NACHLAF ZOHRADE  
 Nature de la maladie (a) : Affection oculaire  
 CIM-10 : H53.01

## 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	12/02/2023	S			SM86262
+++ Nature d'acte à préciser					
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 (4)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em; position: relative;"> <span style="position: absolute; left: 0; top: -0.2em;"> </span> <span style="position: absolute; left: 12.5%; top: -0.2em;"> </span> <span style="position: absolute; left: 25%; top: -0.2em;"> </span> <span style="position: absolute; left: 37.5%; top: -0.2em;"> </span> <span style="position: absolute; left: 50%; top: -0.2em;"> </span> <span style="position: absolute; left: 62.5%; top: -0.2em;"> </span> <span style="position: absolute; left: 75%; top: -0.2em;"> </span> <span style="position: absolute; left: 87.5%; top: -0.2em;"> </span> <span style="position: absolute; left: 100%; top: -0.2em;"> </span> </div>
					<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em; position: relative;"> <span style="position: absolute; left: 0; top: -0.2em;"> </span> <span style="position: absolute; left: 12.5%; top: -0.2em;"> </span> <span style="position: absolute; left: 25%; top: -0.2em;"> </span> <span style="position: absolute; left: 37.5%; top: -0.2em;"> </span> <span style="position: absolute; left: 50%; top: -0.2em;"> </span> <span style="position: absolute; left: 62.5%; top: -0.2em;"> </span> <span style="position: absolute; left: 75%; top: -0.2em;"> </span> <span style="position: absolute; left: 87.5%; top: -0.2em;"> </span> <span style="position: absolute; left: 100%; top: -0.2em;"> </span> </div>

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: 092037134

Date (s) <sup>2</sup> début Traitement	Date (s) <sup>2</sup> fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
10-02-2023		- Specter collgène	(6)	33,00	
		- Indocollgène	(10)	58,00	
		- Cosopt collgène	(10)	126,00	
		TOTAL	(26)	217,00	

PHARMACIE LA BRISE  
Dr. SELASSI Marijes  
38, Rue Abou Adbas El Azfi Maarif - Casablanca  
Tél: 0522 99 87 10 - Gsm: 0622 92 10 70  
ICE: 001688166000012

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

## OPTIQUE (1)

Code INPE: | | | | | | | | | |

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

## 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 3 2 5 8 \*

## DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

Affections de Longue Durée

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E) (1)

Nom et Prénom : HACHAF 202

MATRICULE ASSURE : 200161411 N° CIN : 327639

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : HACHAF 202 Lien de parenté : .....

MATRICULE BENEFICIAIRE : 200161411

Date de naissance : 11/10/11

Montant des frais (DHS): 21710 Nombre de pièces jointes : 11

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





### RELEVÉ DES PRESTATIONS

<b>Date de paiement</b> : 06/03/2023 <b>Num Paiement</b> : 1605777 <b>Assuré</b> : HACHLAF ZOHRA <b>N° d'immatriculation</b> : 10062218 <b>Mode de règlement</b> : Virement Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <a href="https://assures.cmim.ma/">https://assures.cmim.ma/</a>	<b>HACHLAF ZOHRA BANK OF AFRICA "RET"</b> <b>100 RUE BRAHIM NAKHAI</b> <b>APPT 25</b> <b>CASABLANCA</b> <b>MAROC</b>
Emis à Casablanca le : 06/03/2023	
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 \ 001CMIM0348M20230303386394										
158	10/02/2023	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	217,10	217,10	0.00	184,54	
Total remboursé pour : ZOHRA						217,10			184,54	

**Décompte : 1605777 Date de Paiement : 06/03/2023 Prestation : 184,54 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)