

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.
- Une autorisation 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.

## Logique 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.

## Préconception :

- Une autorisation 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.

## Prothèse :

- 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.

- Le 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

- Information : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Personne en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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.



## Declaration de Maladie

N° W21-663652

197477

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAZOUEH Mohammed

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : 700 Rue Beghim Vakhvi Noorj

Extension : Casablanca

Tél. : 0661133679 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Couplément Conjoint 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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 04/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### RELEVÉ 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

### 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 Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

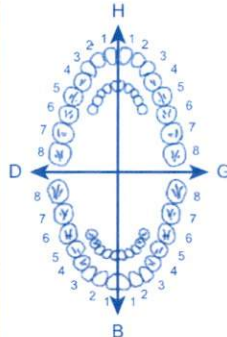
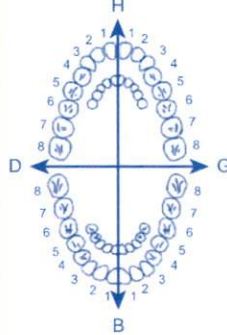
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					
<b>O.D.F.</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412 21433552            00000000 00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>            00000000 00000000            35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				COEFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 23/10/2023  
 Num Paiement : 1769898  
 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 : 23/10/2023

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 \ 001CMIM0374M20231020786912										
DT1761567	28/08/2023	OB normal 1 ou 2 faces (31)	1	10.00	25.50 forf	500,00	0.00	0.00	255,00	
DT1761567	28/08/2023	Détatrage haut	1	12.00	25.50 forf	400,00	0.00	0.00	306,00	
DT1761567	28/08/2023	Détatrage bas	1	12.00	25.50 forf	400,00	0.00	0.00	306,00	
Total remboursé pour : ZOHRA						1 300,00			867,00	

**Décompte : 1769898 Date de Paiement : 23/10/2023 Prestation : 867,00 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)

## INSTRUCTIONS SPÉCIFIQUES AU DOSSIER DENTAIRE

Les traitements esthétiques ne sont pas remboursés par la CMIM.

Les traitements ODF doivent être entamés avant le 14ème anniversaire du bénéficiaire.

Pour les extractions chirurgicales des canines et dents de sagesse, présenter une radio avant intervention.

Les prothèses et les traitements ODF sont soumis à un accord préalable de la CMIM, avant d'entamer les travaux. La demande d'accord doit être accompagnée de :

- ➔ Pour les prothèses : Une radio avant les travaux.
- ➔ Pour les traitements ODF : Bilan ODF complet et détaillé.

## INSTRUCTIONS GÉNÉRALES POUR REMPLIR LES FEUILLES DE SOINS

1. Etablir 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 biologie, ...) cachetées.
3. Le nom et le prénom du bénéficiaire doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.
4. Chaque praticien intervenant dans le soin du bénéficiaire doit indiquer obligatoirement son code INPE à l'emplacement qui lui est réservé.
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 codes à barres des produits pharmaceutiques doivent être obligatoirement joints à l'ordonnance.**  
Pour les médicaments qui ne disposent pas de code à barres, il faut joindre la boîte entière.
7. Les risques liés aux accidents de travail, aux accidents de la voie public et aux maladies professionnelles ne sont pas couverts.
8. 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.
9. 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 conseil, 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, 36 bd d'anfa, 20040 - CASABLANCA.

Ce traitement a reçu récépissé de la commission nationale de contrôle de la protection des données à caractère personnel, sous le numéro A-161/2013 en date du 28/02/2014

CACHET DE L'EMPLOYEUR Obligatoire pour les actifs	CACHET DE LA MUTUELLE
Bordereau N°: .....	
SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tél : 05 22 20 24 20 / 21 Fax : 05 22 26 24 51 Site : <a href="http://www.cmim.ma">www.cmim.ma</a> - ☎ 08 0200 88 89 ALLO CMIM	



## DEMANDE D'ACCORD / REMBOURSEMENT SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Document numéroté à usage unique  
ne pas photocopier  
Document téléchargeable sur notre site



\* D T 1 7 6 1 5 6 7 \*

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : HACHAF Zohra ED HABACHI  
 Matricule de l'assuré(e) : 12161610411 N° CNIE : 1327639  
 Lien de Parenté avec le Bénéficiaire : ☐ Moi même ☐ Enfant ☐ Conjoint(e)  
 Montant des frais (Dhs) : ..... Nombre de pièces jointes : 11

## PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - OBLIGATOIRE -

Nom et Prénom du Bénéficiaire : HACHAF Zohra  
 Matricule Bénéficiaire : 1114161515  
 Date de Naissance : 11/14/16/15/15  
 Type de Demande : ☐ Demande d'accord **OU** ☒ Exécution  
 Nature des Soins : ☒ Soins Courants ☐ Prothèses ☐ ODF  
☐ Autres .....

SIGNATURE DE L'ASSURE(E)	CACHET DU MEDECIN TRAITANT
Déposé, le : <u>11/14/16/15/15</u>	Date de Consultation : <u>01/09/2015</u> CODE INPE (Obligatoire): <u>09403984</u> Dr. MAMDOUH KALIL 1, Angle Rue Mohamed VI et Rue Prince B 20000 CASABLANCA

## SOINS DENTAIRES, PROTHESES ET TRAITEMENTS ODF

Date	N° Dent	Nature des travaux	Coef. travaux	Honoraires
28-08-23	31	Compo	D12	500,00
01-09-23		DEMARCHE Comptes en 2x6	D24	800,00
		3		
Total des honoraires				1300,00

## FRAIS PHARMACEUTIQUES

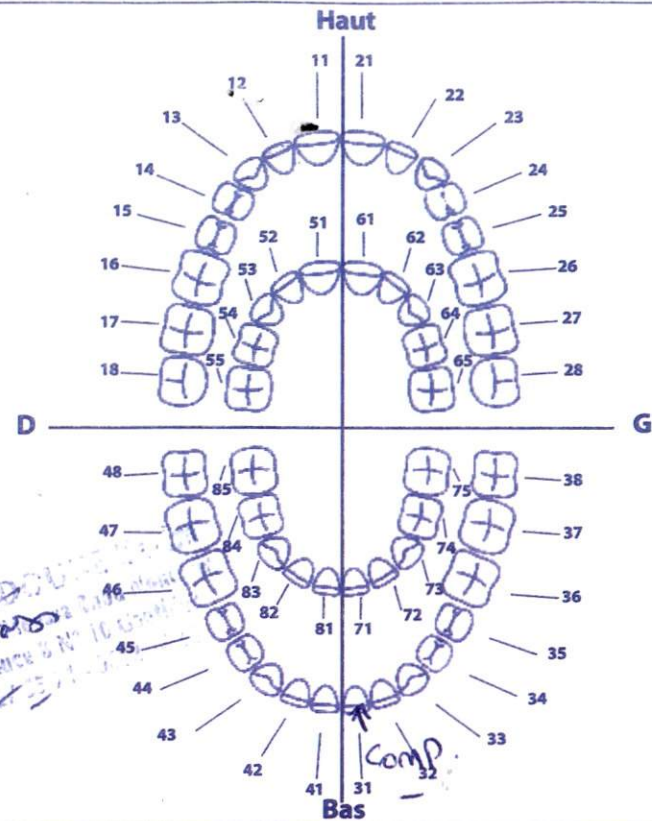
Date	Qté	Détail de l'ordonnance	P. U.	Dépenses
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

**CACHET DU PHARMACIEN**

CODE INPE (Obligatoire) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**TOTAL** .....



### AUTRES PRESTATIONS (BIOLOGIE, RADIOLOGIE)

Date	Nature de l' Acte	Dépenses	Cachet, signature et CODE INPE (Obligatoire) du praticien