

# 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.
- 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

**MUPRAS** : 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



## Déclaration de Maladie

W21-844175

197475

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HABACH Hicham Mohamed

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : 100, Rue Bakrim Nakhal, Maarif

extension, Casablanca

Tél. 066/133679 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : Couplément Conjoint

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 2024

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 : 01/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :







[illegible][illegible]

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

[illegible][illegible]

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi**

INP : 

--	--	--

FIN  
D'EXECUTION

MONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATT



## 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:2 / 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 \ 001CMIM0348M20231019781897										
ML3366469	19/09/2023	COVERSYL 5 MG (Prix : 145,9 dhs)	4	1.00	85.00 %	570,80	583.60	0.00	485,18	
ML3366469	19/09/2023	CARDIOASPIRINE 100 MG (Prix : 27,70 dhs)	4	1.00	85.00 %	110,80	110.80	0.00	94,18	
ML3366469	19/09/2023	TAHOR 10 MG 28 COMPRIME 10 MG (Prix : 79 dhs)	4	1.00	85.00 %	316,00	316.00	0.00	268,60	
ML3366469	19/09/2023	FLUOXET 20 MG (Prix : 135 dhs)	4	1.00	85.00 %	275,60	540.00	0.00	234,26	
Total remboursé pour : ZOHRA						1 273,20			1 082,22	

**Décompte : 1769898 Date de Paiement : 23/10/2023 Prestation : 1 082,22 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



REFERENCE DOSSIER



## DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D: \_\_\_\_\_  
T: \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (1)

Nom et Prénom : HACHRAF ZOHRA Ep HABACHI  
MATRICULE ASSURE : 2006404A N° CIN : B 27639

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : HACHRAF ZOHRA Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
MATRICULE BENEFICIAIRE : 2006404A  
Date de naissance : 14/10/11  
Montant des frais (DHS) : 1273,20 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)



## PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -


Nom et prénom du malade : Hachlaf Zehra

Nature de la maladie (4): ..... HTA ..... 0

CIM-10 :

(e) 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	19.09.23	CS		 Dr. ABDELKHIRANE Omnipraticien 70, Rue Cassinass, Mairie Tél: 0522 990 990 - GSM: 0661 14 69 59	01100679 0661 14 69 59
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 <sup>(*)</sup>	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
					<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>

(e)<sup>1</sup> - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...)  
- Accord préalable obligatoire

## FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: 092037134

Date (1) <sup>2</sup> début Traitement	Date (1) <sup>2</sup> fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
19-09-23		- couvastyl 10mg - Cardiazospine - Tahor 10mg - fludoxe 1g	(64) (64) (64) (64)	142,70 27,70 29,00 68,90	570,80 110,80 316,00 275,60
		TOTAL	(16)	1273,20	

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

Code INPE: \_\_\_\_\_

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

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





# مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39  
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le .....

Casablanca le 19/09/2023

Mme HACHLAF ZOHRA

142,20 x 4

1- COVERSYL 10 mg

1cp/j

27,70 x 4

2- CARDIOASPIRINE 100 mg

1cp/j

79,00 x 4

3- TAHOR 10 mg

1cp/j

68,90 x 4

4- FLUDEX LP

1cp/j

T 1273,20

QSP 3 mois

Dr. C. ABDELKHIRANE

Cardiologue

Clinique Maghreb

70, Rue Al Kadi Iass, Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22 990 990 - GSM : 0661 14 69 59

PHARMACIE LA BRISE  
38, rue Abou Abass El Agha Maârif axi. Casablanca  
Tél : 05 22 990 702 - 06 18 19 24 01  
@ ph.abdelkhirane@gmail.com  
ICE : 001683166000112 - INPT : 092037134