

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.
- 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

- 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 du traitement des données à caractère personnel.

complément

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11561

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bekkali Sophie

199479

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05229112948

Total des frais engagés :

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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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'at^h médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Ecrit : Le 20/03/2024 Le : 03/03/2024

adhérent(e) : RAM

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 Cœfficients	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	

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 canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth (1-8 on each side of the midline). The arch is oriented with a vertical H-axis (mesial-distal), a horizontal D-axis (distal), a horizontal G-axis (mesial), and a vertical B-axis (buccal-lingual). The teeth are arranged in a standard dental layout, with the first molar on the mesial side of the arch.

[Création, remont, adjonction] Montant de
Toute la formation nécessaire à la profession Honoraire

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 02/01/2024
 Num Paiement : 1823789
 Assuré : LAHBABI OMAR
 N° d'immatriculation : 10056834
 Mode de règlement : Virement
 Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <https://assures.cmim.ma/>

LAHBABI OMAR BANK OF AFRICA "APP"
 Bank Of Africa
 MAROC



Emis à Casablanca le : 02/01/2024

Page:2 / 2

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 remboursé	Motif rejet
Pour LAHBABI OMAR / 10056834 \ 001CMIM0240M20231225912978										
ML10994376	05/12/2023	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	324,40	324.40	0.00	275,74	
ML10994376	05/12/2023	ABLATION ONGLE INCRNE	1	1.00	85.00 %	1 650,00	500.00	0.00	425,00	
Total remboursé pour : OMAR						1 974,40			700,74	

Décompte : 1823789 Date de Paiement : 02/01/2024 Prestation : 700,74 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)



Nais: 02/01/1978 NA
Entr: 05/12/2023 PAYANT
DR.MAGHFOUR FAISSAL



H2310600

Mr LAHBABI OMAR
Nais: 02/01/1978 NA

74,80 x 9
Septem 80
1 p x 24 x 10
22,80 x 4
Colipman
1 p x 30
186,00
Sto Rixia 80
T = 324,40

PHARMACIE 1340 ESSALAH
21 Rue de la Paix, Casablanca
Tél: 05 22 77 74

Dr. Faissal MAGHFOUR
Spécialité en Traumato Orthopédiste
Hay Tanik, Rue 40 N° 5 Béni
Casablanca - Tél. : 05 22 77 74

Reçu de caisse

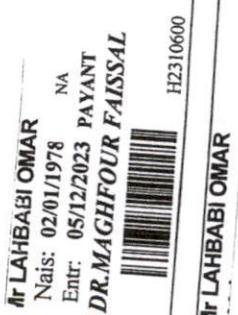
N°: 23120509122001601 / 1 / 0

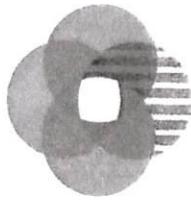
Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
H2310600	LAHBABI OMAR	05/12/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		1 650,00
PAYANT	Total payé	1 650,00
MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Reçu établi par : HANANE

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE
532, Bd Panoramique, Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax: 05 22 25 00 01





٢٥ / ١٢ / ٢٠٢٣

ن° (ANB) ٥٧٤٢

Cro. dos, Anesth. loco. régional

- malade en DD
- fracture de la main de l'index
- bras externe
- ablation de l'ongle unghialis
- cantharidin au bistour électrique
- suture simple

Dr. Faissal MAGHFOUR
Spécialité en Traumato Orthopédie
Hay Takk, Rue 40 N° 5 Bernoussi
Casablanca - Tél : 05 22 76 71 51

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 34325 / 2023 du 05/12/2023

Nom patient LAHBABI OMAR
PAYANT

Entrée 05/12/2023
Sortie 05/12/2023

ONGLE INCARNE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FORFAIT ONGLE INCARNE	1.00		1 650.00	1 650.00
			<i>Sous-Total</i>	1 650.00
Total Clinique				1 650.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	1 650.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA



BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 05/12/2023 Heure

<u>Nom et Prénom du patient</u>	Mr LAHBABI OMAR	<u>Age ou Date Naissance</u>	46 - 02/01/1978
<u>N° Cin du patient ou du tuteur</u>	BK142181		
<u>Adresse</u>	RES GAREN BEACH NR 8 DAR BOUAZZA NOUACEUR		
<u>Téléphone</u>	06.79.79.45.13		
<u>Personne à appeler en cas d'urgence</u>			
<u>Médecin traitant</u>	MAGHFOUR FAISSAL	<u>Durée prévue d'hospitalisation (jours) :</u>	0 0.00
<u>Motif d'hospitalisation</u>	ONGLE INCARNE		
<u>Affiliation à une couverture maladie</u>	OUI		

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

<u>Nom et prénom de l'assuré</u>	<u>Lien de parenté</u>
<u>Organisme assureur</u>	
<u>Mode de paiement</u>	PAYANT - CMIM

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

<u>Date Sortie</u>	05/12/2023	<u>Heure</u>	11:19	<u>Durée d'hospitalisation (jours)</u>	0
--------------------	------------	--------------	-------	--	---

Nom et prénom du signataire

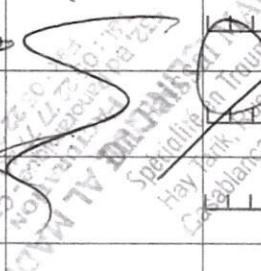
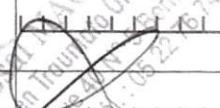
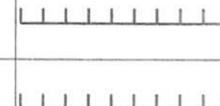
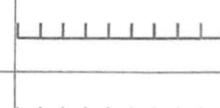
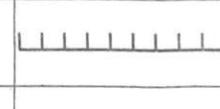
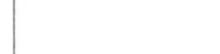
Signature

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : CAHABABIS OMAR

CIM-10: ICD-10: DSM-5: Vida en

Nature des prestations

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
Médecin traitant	05/12/2023		165000		
Radiographie					
					
					
					
Analyses					

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

* la date fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, Dialyse, Psychothérapie...)

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INP: 092013939

Date	27 Rue des Laties - 34150 Castel	Détail de l'ordonnance	3415014	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS	
							05/12/23	05/12/23
		Sepranfao	02		44,80	149,60		
		lodoliprane	04		22,20	88,80		
		sterixia 90	01		86,00	86,00		
		TOTAL	0.7		324,40			

OPTIQUE

Code INP:

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 1- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les 3 mois qui suivent le premier acte médical.
- 2- les risques liés aux accidents de travail, de la voie publique et les maladies professionnelles, Pouvant être indemnisés par un tiers responsable ne sont pas couverts.
- 3- l'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions réglementaires.
- 4- La présente demande est remplie par le médecin lors de chaque visite et par le pharmacien lors de l'exécution de chaque ordonnance médicale.
- 5- 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
- 6- Facture de l'opticien : lunettes & lentilles
- 7- Prescription des analyses et radio
- 8- Copies des résultats des analyses et comptes rendus des radiographies doivent être joints aux ordonnances transmises
- 9- Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible de sanctions légales et réglementaires.

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, 20000-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



DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D:

T:



* ML10994376 *

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : LAHBAbi OMAR

MATRICULE ASSURE : 100516834 N° CIN : BK1421821

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : Moi même Lien de parenté :

MATRICULE BENEFICIAIRE : 1111111111111111

Date de naissance : 1974-07-19

Montant des frais (DHS) : 1974,49 Nombre de pièces jointes : 1

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau :	
CACHET	

SIEGE SOCIAL: 36, Boulevard d'anfa – CASABLANCA Tél: 0522.20.24.20/21 Fax : 0522.26.24.51

Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : www.cmim.ma