

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Souscriptions 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.

Oncologie 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

- 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.

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

Nº P19- 0040426

ND: 31346

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 847

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Amzova Said

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : 84 A Résidence Des Rosés N° 1 Rue Al Maouad

Boulevard Hassan II Casablanca

Télé : 061321410/0522394810

Dhs

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 :

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 : 26/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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 et 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



REFERENCE DOSSIER



| | |
|----------------------|--|
| (Réservée à la CMIM) | |
| D: | |
| T: | |

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : MOUNEN Fatiha e P A MJOUEZ
MATRICULE ASSURE : 10013895 N° CIN : B 32 043

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : MOUNEN Fatiha Lien de parenté : m. mère
MATRICULE BENEFICIAIRE : 10013895
Date de naissance : 05/10/53
Montant des frais (DHS) : 1863,90 DH Nombre de pièces jointes : 215

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

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : Aymaré istine
Nature de la maladie : Epilepsie.
CIM-10 :

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 | 20/4/2002 C2 | 3000 | Endo 100 022-104.50 | 20/4/2002 | 022-104.50 |
| 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, DialysePsychothérapie...)

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INR : 092043835

| Date | Détail de l'ordonnance | Quantité | Prix Unitaire | Dépense | OBSERVATIONS |
|-------------|-------------------------|----------|---------------|---------|--------------|
| Le 20/04/20 | ① Dimetab Corticoïde | 4 | 15,60 | | |
| | ② Fentanyl 200 µg | 4 | 24,40 | | |
| | ③ levoflax 25 | 3 | 6,80 | | |
| | ④ Zyrtec 20 | 4 | 31,30 | | |
| | ⑤ Fluosphag 1000 | 10 | 28,00 | | |
| | TOTAL | | 156,30 | | |

OPTIQUE

Code INP:

| | Date | Montant | Signature et cachet |
|---------------------|------|---------|---------------------|
| Monture | | | |
| Verres ou Lentilles | | | |



RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 08/06/2020
 Num Paiement : 907046
 Assuré : MOUMEN EP AMJ FATIMA
 N° d'immatriculation : 10013895
 Mode de règlement : Virement
 Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <https://assures.cmim.ma/>



MOUMEN EP AMJ FATIMA CREDIT DU MAROC "RET"
 84 A, RUE DES ROSES RESIDENCE ROSE
 APPT 7 BEAUSEJOUR
 21200
 CASABLANCA
 MAROC



Emis à Casablanca le : 08/06/2020

Page:1 /1

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 MOUMEN EP AMJ FATIMA / 10013895 \ 001CMIM0305M20200428612939 | | | | | | | | | | |
| ALD1173691 | 20/04/2020 | CONSULTATION SPECIALISTE | 1 | 1.00 | 85.00 % | 300,00 | 300,00 | 0,00 | 255,00 | |
| ALD1173691 | 20/04/2020 | INSULET R 100 UI/ML | 4 | 1.00 | 85.00 % | 1 040,00 | 1040,00 | 0,00 | 884,00 | |
| ALD1173691 | 20/04/2020 | LEVOTHYROX 100 µG (Prix : 24,4 dhs) | 4 | 1.00 | 85.00 % | 97,60 | 97,60 | 0,00 | 82,96 | |
| ALD1173691 | 20/04/2020 | LEVOTHYROX 25 µG (Prix : 6,8 dhs) | 4 | 1.00 | 85.00 % | 27,20 | 27,20 | 0,00 | 23,12 | |
| ALD1173691 | 20/04/2020 | ZYLORIC 200 MG (Prix : 31,3 dhs) | 4 | 1.00 | 85.00 % | 125,20 | 125,20 | 0,00 | 106,42 | |
| ALD1173691 | 20/04/2020 | GLUCOPHAGE 1000 1000 MG (Prix : 28 dhs) | 10 | 1.00 | 85.00 % | 280,00 | 280,00 | 0,00 | 238,00 | |
| Total remboursé pour : FATIMA | | | | | | 1 870,00 | | | 1 589,50 | |

Décompte : 907046 Date de Paiement : 08/06/2020 Prestation : 1 589,50 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)

Docteur Benhima Touria

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse

SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE

ET MALADIES METABOLIQUES

Diabète - Obésité - Nutrition

Cholestérol - Glandes - Stérilité

Ménopause - Andrologie

Sur rendez-vous

للدكتورة بنهمة ثرية

خريجة كلية الطب ببولوز

اختصاصية في أمراض الغدد

الهرمونية

السكر - التغدية - السمنة

الإضطرابات الهرمونية الجنسية

الكولستيروл - العقم

بالموعظ

M^{me} Moncef

Casablanca, le

20/6/2020

Dr. Amjane Béatrice

Insulat Candostatix 30

S.V.

260,10x4

05

us/c

matin

us/c

midi

us/c

16h

us/c

sou

S.V.

24,40x4

07

Levostopax 100

-1 - 0 - 0

S.V.

80x3

Levostopax 25

1/2 - 0 - 0

S.V.

51,30x4

20 Zylemic 200

-0 - 1 - 0

S.V.

81,40x4

Levostopax 88 100

-1 - 1 - 1

S.V.

anxi 100.00 - de poche/3 mois

S.V.

1563

Candostatix

S.V.

20

Humalog + Nophag

S.V.

20

Metformine

S.V.