

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 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

- Reclamation : 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.

N° W19-528813

complément

Maladie Dentaire Optique A

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23187**

Matricule : **11561** Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **Bakkali Sophie**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0229123458** 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 Enfan

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

03 MARS 2020

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.

Fait à : Le : **02 103 160**

Signature de l'adhérent(e) :

Bakkali

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:

REFERENCE DOSSIER



* ML8190783 *

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : **OMAR LAHBABI**

MATRICULE ASSURE : **10056834** N° CIN : **BK142181**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : **OMAR LAHBABI** Lien de parenté :

MATRICULE BENEFICIAIRE : **10056834**

Date de naissance : **02/01/78**

Montant des frais (DHS) : **557,10 DHS** Nombre de pièces jointes : **15**

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 RESERVÉE AU MÉDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : LAHIBAON Aoual

Nature de la maladie : rhinitis pharyngite

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	18/1/2010	C	170	ANNA RABIAH Médecin traitant 18/1/2010	121011030
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 INP : 092080103

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
20/01/2010	-Budenoside 100	1	149,00		
20/01/2010	-Nurofen 500	1	30,00		
20/01/2010	-Dopterol 100	1	47,80		
20/01/2010	-Ampoules 500ml	1	138,30		
20/01/2010	-Prednisolone 100	1	42,00		
	TOTAL	5		577,10	

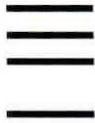
PHARMACIE DAB BOUZZA

ZAHZOUR Amina
Dar Bouzza - 0522 29 01 74 - Dar Bouzza
Tél. : 0522 29 01 74 - Dar Bouzza

OPTIQUE

Code INP : |||||

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			



RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 03/02/2020
 Num Paiement : 842736
 Assuré : LAHBABI OMAR
 N° d'immatriculation : 10056834
 Mode de règlement : Virement
 Veuillez Consulter Notre Espace Assure <https://assures.cmim.ma/>

LAHBABI OMAR BMCE BANK "APP"
 Bank Of Africa
 MAROC



Emis à Casablanca le : 03/02/2020

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 rembourse	Motif rejet
Pour LAHBABI OMAR / 10056834 \ 001CMIM0240M20200129479766										
ML8190783	18/01/2020	CONSULTATION GENERALISTE	1	1.00	85.00 %	150,00	200,00	0,00	127,50	
ML8190783	18/01/2020	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	407,10	407,10	0,00	346,04	
Total remboursé pour : OMAR						557,10			473,54	

Décompte : 842736 Date de Paiement : 03/02/2020 Prestation : 473,54 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)

Ex. Médecin Chef de Zaouia Ech Cheikh **MEDECINE GENERALE**

Expert au près les Tribunaux
R.D.C lot. littoral II - Dar Bouazza
Tél./ Fax : 0522 29 08 62

الدكتور أنصار عبد الباري
الطيب الرئيسي لزيارة الشيخ ساقا
الطيب العام

الهاتف والفاكس: 0522 29 08 62
رقم 28 ، الساحل 11 دار يوعزة
خبير محلف لدى المحاكم

Dar Bouazza, le : 18.1.2020 دار بوعزة في:

(MitBazj Ouan

Nov. 10 ① *Bullock's gray whale* S. 11

it says ~ 2/CS - p

30, $^{\circ}$ 0 N 120 E

u7,80 4p 29/3

138,30 • *Argosyphus*

U9, 80. 1 cp. 3 a. 1. ANSAR Abdelkerim
Bouazza. Médecine Générale
3 cp. B. V. 1. 28. 1. 05. 22. 29. 08. 62
- 7. 10

not ⁹ ~~10~~

PHARMACIE DAR BOUAZZA
ZAHZOUHI Amina
Dar Bouazza Ouled Jerrar BP 93
Tél : 0522 29 01 74 - Dar Bouazza