

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

adiologie 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.

éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 454 Société : KA7

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ABALI Mohamed

Date de naissance : 01/01/1943

Adresse : 127 Rue ABOU WAQF Immeuble SEKKAT Bourgogne CASA

Tél. : 0665716884 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Safia DAR DARY 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 : 10/03/2020

Signature de l'adhérent(e) : EZ



RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 17/02/2020
 Num Paiement : 852033
 Assuré : DARDARY EP.ABALI SAFIA
 N° d'immatriculation : 10066595
 Mode de règlement : Virement
 Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <https://assures.cmim.ma/>

DARDARY EP.ABALI SAFIA ATTIJARIWAFA BANK "RET"
 127 RUE ABOU WAQT RESD SEKKAT APPT 3
 2EM ETAGE BOURGOGNE 20000
 CASABLANCA
 MAROC



Emis à Casablanca le : 17/02/2020

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 DARDARY EP.ABALI SAFIA / 10066595 \ 001CMIM0240M20200212507870										
ML2479469	17/12/2019	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	200,00	300,00	0,00	170,00	
ML2479469	17/12/2019	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	388,50	388,50	0,00	330,23	
Total remboursé pour : SAFIA						588,50			500,23	

Décompte : 852033 Date de Paiement : 17/02/2020 Prestation : 500,23 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.

~~NOTED INFORMATION RELATIVE AT LA 101-09-08~~

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

Nom de l'assuré :
Bénéficiaire :
Frais exposés : **Débit**

Matricule :
Date du dépôt du dossier : / /
Date des soins : / /



REFERENCE DOSSIER

DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D:



* M 1 2 4 7 9 4 6 9

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

Nom et Prénom : ABALI nee DAVIDICY Ségis

MATRICULE ASSUBE: 1210106151617181- N° CIN: A21094U

BENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

Nom et Prénom : **Lien de parenté :**

MATRICULE BENEFICIAIRE:

Date de naissance : | | | | |

Montant des frais (DHS): **Nombre de pièces jointes :** | |

Montant des frais (DHS): Nombre de pièces jointes :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR Numéro bordereau :	CACHET DE LA MUTUELLE 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



Accusé De Réception

PARTEIE RESERVEE AU MEDECIN TRA TANT (Obligatoire)

Nom et prénom du malade : Azali Né Dardary

Nature de la maladie (): Gastrite

CIM-10 :.....

(3) À fournir formulaire de maladie de longue durée si AD non déclarée (voir site CMMI)

NATURE DES PRESTATIONS

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
	17 DEC 2019	Ca	260.00	0914631574	
Médecin traitant					
Nature d'acte à préciser					
Radiographie					
+++ Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanners, 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					

2

- Le nom et prénom du bénéficiaire doivent obligatoirement être portés sur la prescription.
 - 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) ...
 - L'exactitude et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.

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

(*)¹ - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...)

TERA'S PHARMACEUTICAL

Code INPE: LLL LLLL

Date (jj/ début Traitement	Date (jj/ fin Traitement)	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
17/11/94	21/11/94	Angélique 150 mg 15g LoSeltia 500 Robitussin 500	7 7 7	18.10 18.10 18.50	129.10 129.10 129.10

(*)² Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIONS

Code INPE:

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(e)³- La prescription et la facture des verres sont obligatoires.

- En cas de changement d'acuité visuelle, un certificat du médecin traitant mentionnant l'ancienne et la nouvelle acuité est obligatoire pour le remboursement des versements avant délai.

Dr. Amine JOUNDY

Médecine Générale
et Homéopathie



الدكتور أمين جندي
الطب العام

Casablanca, le 7 DEC 2010 الدار البيضاء، في

Nome Abali née Dardary Sofia

1) Argentum Nitricum	15CH	(18.00 x 2)	129.00
2) Lobelia Inflata	5CH	(18.00 x 2)	129.00
3) Robinia	5CH	(18.00 x 2)	129.00

=> 3 gouttes de chaque x 3 / jour,
sous la langue lors des repas pendant 2 mois

code INPE



091163550



388.00

75, زنقة طه حسين (غاليلي سابقا)، الطابق الأول - 20060 الدار البيضاء
75, Rue Taha Hocine, (ex Galilée), 1^{er} étage, Quartier Gauthier 20060 - Casablanca
Tél. / Fax : 05 22 27 43 27 - E-mail : amine.joundy@gmail.com - Site web : www.dr-joundy-amine.ma

