

# 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.

## Biologie 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.

## Thérapeutique :

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 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

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 454 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ABALI Mohamed

Date de naissance : 01/01/1943

Adresse : 127 Rue Abou WAQF Khalaf RIS SEKKAT Bourgogne CASA

Tél. : 0665716884 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/05/21

Nom et prénom du malade : DAR DARY Safia Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

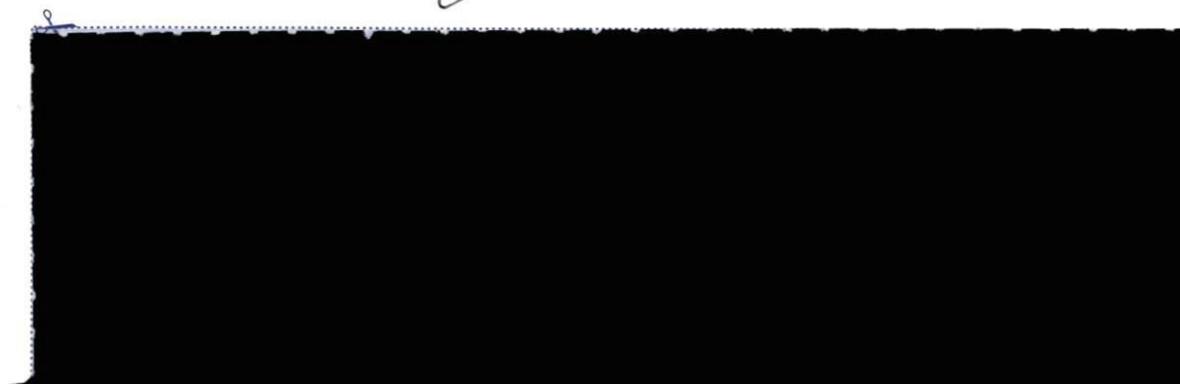
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 28/05/21

Signature de l'adhérent(e) :



## QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 1- Etablir 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 À 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

2<  
Nom de l'assuré : .....

Bénéficiaire : .....

Frais exposés : .....Dh

Matricule : .....

Date du dépôt du dossier : ...../...../.....

Date des soins : ...../...../.....



REFERENCE DOSSIER



## DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

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

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

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ (1)

Nom et Prénom : ABALI née DARDARY Safia

MATRICULE ASSURE : 20065678 N° CIN : A210944

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : ..... Lien de parenté : .....

MATRICULE BÉNÉFICIAIRE : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Montant des frais (DHS) : ..... Nombre de pièces jointes : \_\_\_\_\_

(1) L'exactitude et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

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)



\*ML2493828\*

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : ABAL Safia

Nature de la maladie ( ): Affection ophthalmologique

CIM-10:.....

(e) A 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	28.05.21	cc + k5	3500 Maryem El Khadra - Casablanca OPHTALMOLOGISTE 28.05.2021 05.22.94 29.46 01.03.22.00	23.41	
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 (1)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

(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

92 042 092

INPE 092 042 092

Date (1 <sup>er</sup> début Traitement)	Date (4 <sup>eme</sup> fin Traitement)	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
28-05-21		NAVI infla Vitadrop Liposol Hydroxamil	01 02 03 03	22500 16800 12500 12500	72,00 168,00 125,00 125,00
		PHARMACIE MEHDI BEN BARKA Av. Mehdi Ben Barka, Rue Abdellah El Hadaoui N° 3 Tél: 0522 95 15 99 - Casablanca			
			TOTAL	09	692,00

(\*)<sup>2</sup> Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE 10<sup>e</sup>

Code INPE:

	Date	Montant	Signature et cache
Monture			
Verres ou Lentilles			

(\*)<sup>3</sup>- 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 verres avant délai.

- 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.

الدكتورة مريم العمراني  
متخصصة في طب وجراحة العيون خريجية جامعة باريس  
Docteur Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris  
Ancienne Attachée à l'Hôtel-Dieu de Paris

Casablanca, le 28 mai 2021

ABALI Safia

Instiller dans les yeux,  
75,00

AS

NAVINFLA

1 goutte 2 fois par jour pendant 15 jours  
67,00 x 2 = 134,00  
VITADROP

ZENITH PHARMA  
PPV: 73,00

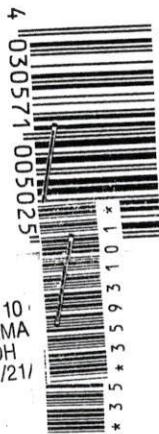
3 700822 600033

P.V.C  
63,00 DH

1 goutte 4 fois par jour pendant 1 mois  
34,00 x 3 = 102,00  
LIPOSIC

PHARMACIE MEMOI BEN BARKA  
Av. Mehdi Ben Barka  
Rue Abdellah El Hadaoui N° 3  
Tél: 0522 95 15 99 - Casablanca  
LIPOSIC  
Gel ophtalmique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NI

LIPOSIC  
Gel ophtalmique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NI



1 goutte 2 fois par jour pendant 6 mois  
125,00 x 3 = 375,00  
HYDRAMED pommade

le soir pendant 6 mois

SERUM PHYSIOLOGIQUE unidoses

1692,00

8 032668 871311

8 032668 871311

Docteur Maryem LAMRANI  
OPHTALMOLOGISTE  
38, Boulevard El Massira El Khadra - Casablanca  
Tél. 0522 94 29 46 / 47

PPC 125,00 DH

PPC 125,00 DH

PPC 125,00 DH

إقامة كريمة - 38، شارع المسيرة الخضراء - 20 100 الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 94 29 46 / 47  
Résidence Karima - 38, Boulevard El Massira El Khadra - 20 100 Casablanca - Tél. : 05 22 94 29 46 / 47



### RELEVE DES PRESTATIONS

**Date de paiement** : 09/08/2021  
**Num Paiement** : 1189243  
**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 : 09/08/2021

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 DARDARY EP.ABALI SAFIA / 10066595 \ 001CMIM0305M20210803345746										
ML2493828	28/05/2021	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300.00	0.00	255,00	
ML2493828	28/05/2021	Forfait larmes artificielles	1	1.00	85.00 %	692,00	692.00	0.00	183,49	Délai de l'acte non respecté
Total remboursé pour : SAFIA						992,00			438,49	

**Décompte : 1189243 Date de Paiement : 09/08/2021 Prestation : 438,49 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)