

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.
- 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.

Phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Optique 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 :

La facture du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

Entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de séances d'éducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèse :

Le 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.

Le 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

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| clamation | : contact@mupras.com |
| ise 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.

95464

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : M83 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Abdelkader Mohamed

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : 100 Rue Saghira Nakhla / Maârif

extension Casablanca

Tél. : 06 61 133 679 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Abdelkader Mohamed 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'attention du 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.

Fait à : Oran Le : 08/12/2024

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exi  s par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des

Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que les résultats de la radiographie de la racine.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

RELEVE 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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

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 Particien	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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi c

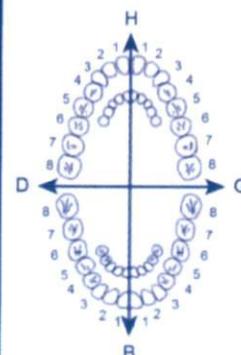
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTI



RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 09/08/2021
 Num Paiement : 1190201
 Assuré : HACHLAF ZOHRA
 N° d'immatriculation : 10062218
 Mode de règlement : Virement
 Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <https://assures.cmim.ma/>



HACHLAF ZOHRA BANK OF AFRICA "RET"
 100 RUE BRAHIM NAKHAI
 APPT 25
 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 rembourse	Motif rejet
Pour HACHLAF ZOHRA / 10062218 \ 001CMIM0269M20210803346098										
ML8591679	03/06/2021	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300,00	0,00	255,00	
ML8591679	03/06/2021	FLUDEX LP 1.5 MG (Prix : 68,9 dhs)	4	1.00	85.00 %	275,60	275,60	0,00	234,26	
ML8591679	03/06/2021	TAHOR 10 MG 28 COMPRIME 10 MG (Prix : 79 dhs)	4	1.00	85.00 %	316,00	316,00	0,00	268,60	
ML8591679	03/06/2021	COVERSYL 2 MG (Prix : 172,6 dhs)	4	1.00	85.00 %	407,20	690,40	0,00	346,12	
ML8591679	03/06/2021	CARDIOASPIRINE 100 MG (Prix : 27,70 dhs)	4	1.00	85.00 %	110,80	110,80	0,00	94,18	
Total remboursé pour : ZOHRA						1 409,60			1 198,16	

Décompte : 1190201 Date de Paiement : 09/08/2021 Prestation : 1 198,16 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)

UES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les 3 mois qui suivent le premier acte médical.

ques liés aux accidents de travail, de la voie publique et les maladies professionnelles, ayant été indemnisés par un tiers responsable ne sont pas couverts.

gation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des régulations réglementaires.

écente demande est remplie par le médecin lors de chaque visite et par le pharmacien lors de l'exécution de chaque ordonnance médicale.

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

tre de l'opticien : lunettes & lentilles

cription des analyses et radio

es des résultats des analyses et comptes rendus des radiographies doivent être joints aux ordonnances transmises

une personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est possible de sanctions légales et réglementaires.

INFORMATION RELATIVE A LA LOI 09-08

ées collectées par la CMIM sont nécessaires à la Gestion des remboursements des Maladie/ Maternité.

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 médecins conventionnés, le dispositif de contrôle externe et les organes de règlement du dossier en cas de besoin.

ément à la loi n°09-08, vous pouvez accéder aux informations vous concernant, les modifier ou vous opposer au traitement de vos données pour motif légitime, par courrier avec la réception à l'adresse suivante : CMIM, service audit interne, 36 bd d'anfa, 20000-CASABLANCA.

ment 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



ML8591679

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : HACHLA F ZOHRA

MATRICULE ASSURE : 2001640141 N° CIN : B27639

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : Lien de parenté :

MATRICULE BENEFICIAIRE : 1111111111

Date de naissance : 11/11/11

Montant des frais (DHS) : 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

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : HACHICAF Zohra

Nature de la maladie : HATA

CIM-10 : Dr. C. A. Cardiologie

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	03/06/21	CS SK16	309,00	09/09/2021 0006719	1111111111
Radiographie					1111111111
Analyses					1111111111

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					1111111111
					1111111111

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

FRAIS PHARMACEUTIQUE

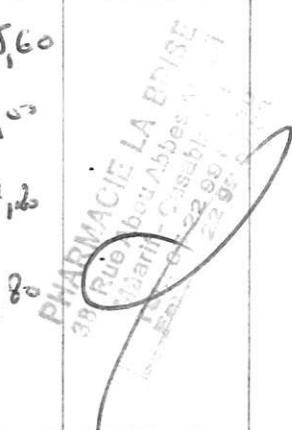
Code INP : 99521037134

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
03.06.	Fludroc	04	68,90	275,60	
22/1	- Tabac 10	04	79,00	316,00	
	- coverayl	04	101,80	407,60	
	5mg				
	- condacapine	04	27,70	110,80	
	TOTAL	(16)	1109,60		

OPTIQUE

Code INP : 1111111111

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			



مصحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa



Angle Rue Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86
05 22 85 92 20 (0.L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail: Cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le :



Casablanca, 03/06/2021

Mme. HACHLAF ZOHRA

- | | | |
|------------------------|--------------------------|-------|
| 68,90 ⁴⁰) | 1) FLUDEX LP | 1cp/j |
| 79,00 ⁴⁵) | 2) TAHOR 10 mg | 1cp/j |
| 101,80 ⁴⁷) | 3) COVERSYL 5 mg | 1cp/j |
| 27,76 ⁴⁸) | 4) CARDIO ASPIRINE 100mg | 1cp/j |

1109,60

QSP 3 mois



Dr. C. ABDELKHIRANE

Cardiologue

Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rue Lahcen El Arjoune et Lavoisier

Achifaa (Hôpital 20 Août)

Tél : 05 22 86 22 00 - 05 22 99 07 03

Fax : 05 22 99 07 03

