

# 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.  
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.

## Phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Chirurgie 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 :

L'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.

## Optique :

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.

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

Prclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement de leur personnel.

N° W21-663636

Optique 95469

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e) M83

Matricule : M83 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : HAFNIAZ mohamed

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : 100 Rue Brahim Nekha, Casablanca

Extension : Casablanca

Tél. : 061133629 Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/12/2021

Nom et prénom du malade : HAFNIAZ Zahra Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

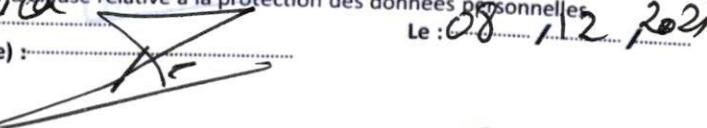
Nature de la maladie :

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 08/12/2021

Signature de l'adhérent(e) : 



## RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 25/10/2021  
Num Paiement : 1237158  
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 : 25/10/2021

Page:1 / 3

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 \ 001CMIM0211M20211012457834										
ML8764881	28/09/2021	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300.00	0.00	255,00	
ML8764881	28/09/2021	PHARMACIE NON REMB	1	1.00	forf	39,80	39.80	0.00	0.00	OBSERVATION:NR HEPANAT
Total remboursé pour : ZOHRA						339,80			255,00	

Décompte : 1237158 Date de Paiement : 25/10/2021 Prestation : 255,00 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- 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: \_\_\_\_\_



\* ML8764881 \*

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ (E)

Nom et Prénom : HACHLA F ZOHR  
MATRICULE ASSURÉ : 100614941 N° CIN : B27639

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

Nom et Prénom : ..... Lien de parenté : .....  
MATRICULE BÉNÉFICIAIRE : 111111111111  
Date de naissance : 11/11/11  
Montant des frais (DHS) : 339,82 Nombre de pièces jointes : 1

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

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](http://www.cmim.ma)

Partie réservée au Médecin traitant

Nom et prénom du malade : M<sup>me</sup> MACMLAF

Nature de la maladie : affekt. dyst. ve

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	28/09/23		€ 2 300,00	Dr BENARD ALAIN	093037134
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 : 093037134

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
27-09-2023	- Hepunat -	(01)	39,80	39,80	
		TOTAL	(01)	39,80	

OPTIQUE

Code INP : 093037134

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

Dr. Souad BENABDALLAH ép.LAZRAK

Gastro-entérologue  
Spécialiste  
des Maladies de l'Appareil Digestif  
(Foie. Vésicule. Pancréas. Estomac. Intestins.  
Hémorroïdes

## Endoscopie digestive Echographie abdominale

---



الدكتورة سعاد بنعبد الله الازرق

### اختصائية في:

أمراض الجهاز الهضمي

(الكبد، المريادة، المعدة، الأمعاء، البواسير)

الكشف الداخلي للحجاز المظمه

## الفحص بالصدى

طبيبة سابقاً بقسم أمراض الجهاز الهضمي  
جستشفى بن مسيك سيدى عثمان - الدار البيضاء  
وستشفى السوسيي بالرباط

الدار السضاء في : ..... Casablanca, le : 28/09/21.

39.80

HACHLAF Zelen.

3) Hypamer sp. (AS)  
2 sp. lar. on coconuts  
x sun

2) curi sol g  
     $\Sigma g \times 2^1$ ; out by x 1

**DR BENABO ALDAH SOUD**  
gastro - enterologie  
30, Rue de Marché Maârif  
Casablanca  
Tél: 05.22.25.88.62 / Fax: 05.22.98.90.12

Résidence Bensaid - 30, Rue du Marché, 2ème étage - Maârif - Casablanca - (en Face Galerie Benomar)  
إقامة بن تعيid , 30 زنقة المارشمي - الطابق الثاني - المعاريف - الدار البيضاء (امام مركز بن عمر)  
Tel : 05 22 25.88.62 / 0522.98.90.12 - Fax : 05 22 98 90 12

# HEPANAT®

le dieci erbe

ENOHNV020-001

Composition par comprimé de 400 mg :

میقات  
میقات  
20 قرص

A consommer de 39,80 DH  
préférence avant fin : Lot : X042A  
Per : 02-2024  
Lot n°



4 mg. Jus d'aloë ferox 64 mg. Foeniculum vulgare graines  
a racine 16 mg. Gentiana  
is alpinus écorce 10,7 mg.  
s fleuries 10,7 mg.  
antiagglomérants :

gants de revêtement :  
crystalline.

#### Propriétés :

Confort digestif et intestinal.

#### Conseils d'utilisation :

2 à 4 comprimés par jour.

#### Précautions d'emploi :

- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.
- Ne pas utiliser pendant la grossesse.

#### Présentations :

- Boîte de 20 comprimés.
- Boîte de 40 comprimés.

Tenir hors de la portée des enfants.

Conserver le produit dans un endroit sec à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Les compléments alimentaires ne doivent pas être utilisés comme substituts d'un régime alimentaire varié.

#### COMPLÉMENT ALIMENTAIRE, CE N'EST PAS UN MÉDICAMENT

Produit Fabriqué par ESI srl  
Via delle Industrie 1 Albissola Marina (SV) ITALY  
www.esi.it  
Importé et Distribué par ESNAPHARM - 7, Rue Abdelmajid Benjelloun  
Maârif extension - Casablanca

SYSTEME DE GESTION QUALITE  
CERTIFIE ISO 9001:2015  
PAR CERTIQUALITY

N° d'enregistrement : DA2018112227DMP/20UCA/MAv3