

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-643995

106866

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule: 00305

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAIEB LAHSEN

Date de naissance :

23.09.1938

Adresse :

12 IMPASSE DAISI HACHILAF CASA

Tél. : 06 72 40 63 47

Total des frais engagés :

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Demande de Remboursement Caglielmo

Date de consultation :

M. TAHMIMA MERYEM

Age:

Nom et prénom du malade :

80

Lien de parenté :

Lui-même       Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cardiologue

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 :

Le : 09/10/2016

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

#### **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
Frais expédiés		1786,80
per les t CMI		1422,36
Net total MUPRAS		357,44

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 soins.

#### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
	$  \begin{array}{r}  H \\  25533412 \quad   \quad 21433552 \\  00000000 \quad   \quad 00000000 \\  \hline  D \quad   \quad G \\  00000000 \quad   \quad 00000000 \\  35533411 \quad   \quad 11433553  \end{array}  $			<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



### RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 25/10/2021  
 Num Paiement : 1240924  
 Assuré : TMIMI EP.CHAIEB MERYEM  
 N° d'immatriculation : 10036354  
 Mode de règlement : Virement  
 Veuillez Consulter Notre Espace Assure <https://assures.cmim.ma/>

TMIMI EP.CHAIEB MERYEM OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA "RET"  
 12 IMPASSE DAIET HACHEF C.I.L  
 CASABLANCA  
 MAROC



Emis à Casablanca le : 25/10/2021

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 TMIMI EP.CHAIEB MERYEM / 10036354 \ 001CMIM0240M20211014463754										
ALD1293386	05/10/2021	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	80.00 %	300,00	300.00	0.00	240,00	
ALD1293386	05/10/2021	ATACAND 4 MG (Prix : 163,3 dhs)	3	1.00	80.00 %	383,10	489.90	0.00	306,48	
ALD1293386	05/10/2021	KARDEGIC 75MG 75 MG (Prix : 30,7 dhs)	3	1.00	80.00 %	92,10	92.10	0.00	73,68	
ALD1293386	05/10/2021	CRESTOR 5 MG (Prix : 196,2 dhs)	2	1.00	80.00 %	228,20	392.40	0.00	182,56	
ALD1293386	05/10/2021	SINTROM 4 MG (20.00 DH)	10	1.00	80.00 %	200,00	200.00	0.00	160,00	
ALD1293386	05/10/2021	FOSAVANCE 70 / 5600 MG / UI (Prix : 294 dhs)	3	1.00	80.00 %	580,80	882.00	0.00	464,64	
Total remboursé pour : MERYEM						1 784,20			1 427,36	

**Décompte : 1240924 Date de Paiement : 25/10/2021 Prestation : 1 427,36 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.

## 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 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

3<  
Nom de l'assuré : .....  
Bénéficiaire : .....  
Frais exposés : .....Dh

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



REFERENCE DOSSIER



\* ALD1293386 \*

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : M'THIMI ep: Chloé b Neyla

MATRICULE ASSURE : 110131613141 N° CIN : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

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

MATRICULE BÉNÉFICIAIRE : 110131613141

Date de naissance : 11/01/1991

Montant des frais (DHS) : 1994.90 Nombre de pièces jointes : 111

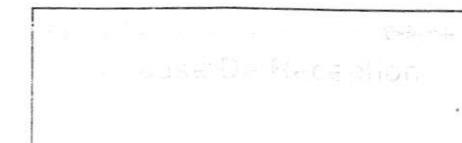
(\*) L'exhaustivité et l'exclusivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau : .....	
CACHET	
<i>R /</i> <i>ODH-elmo clivé</i> <i>clé CASA</i>	

SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tél : 05 22 20 21 20 / 21 Fax : 05 22 26 24 51

Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : [www.cmim.ma](http://www.cmim.ma)



PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : MMI Derghem

Nature de la maladie : Remplacement d'éléments

(\*) À fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CMIM)

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	Code INPE (Obligatoire)
Médecin traitant *** Nature de l'acte à préciser	05-10-2021 e3				09165785
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					

(\*)<sup>1</sup> - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...)  
- Accord préalable obligatoire

## FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: 092013269

Date (jj)² début Traitement	Date (jj)² fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
5/10/21		- Atacand 8 - KARNEGIE 7 - crestor 1 mg - Sintena - oledes 250 mg - fosinavine	3 3 2 10 1 3	122,20 30,720 114,10 90,00 114,00 193,60	122,20 30,720 114,10 90,00 114,00 193,60
		TOTAL	22	762,41,20	762,41,20

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

OPTIQUE

Code INPE:

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(e) 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.

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.