

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-643995

1° 6866

☐ 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 DAÏET HACILAF - CASA

Tél. : 0672406347 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Demande de Remboursement CNDP*

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M. T. MIMI MERYEM Age:

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 : CASA

Le : 22/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOIET ADHERENT

RELEVÉ 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
				INF : <input type="text"/>
Demande de remboursement				
Cory le 10/01/2010				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Trois engins		1786,80
pentest	CHOT	2492,36
Nete par	MURAS	357,44

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

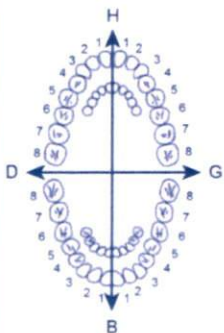
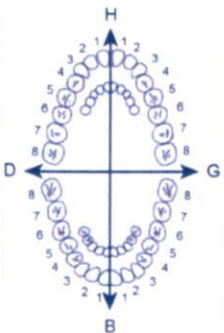
[illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 40%;"> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p> </div> <div style="width: 55%;"> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> </div>
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 40%;"> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> </div> <div style="width: 55%;"> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> </div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



RELEVÉ 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 Assuré <https://assures.cmim.ma/>



TMIMI EP.CHAIEB MERYEM OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA "RET"
12 IMPASSE DAIET HACHLEF 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)

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou
CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aniam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21NRQ P.P.V: 127,70 DH
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aniam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg Cpr séc
Bte de 30
139/16 DMP/21NRQ P.P.V: 127,70 DH
6 118001 020539

Casablanca, le 5 Octobre 2021

MME Meryem TMIMI

- 27,70 x 3
1 - ATACAND 8 mg :
27,70 x 3 1/2 CP PAR JOUR SANS ARRET
2 - KARDEGIC 75 mg :
4,10 x 2 1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET
3 - CRESTOR 5 mg :
27,70 x 1 1 CP LE SOIR TOUS LES JOURS SANS ARRET
4 - SINTROM 4mg :
40,00 SELON TP
5 - OEDES 20 mg : 1 LE SOIR SANS ARRET
3,60 x 3 FOSAVANCE 5600UI 02 BOITES
1 CP PAR SEMAINE X 02 MOIS

Maphar
Bd Alklima N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pel b30
P.P.V: 114,10 DH

6 118001 183104

Maphar
Bd Alklima N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pel b30
P.P.V: 114,10 DH

6 118001 183104

7005199/00-1
AMM 29417 DMP/21NRQ
6 118001 160471
Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

7005199/00-1
AMM 29417 DMP/21NRQ
6 118001 160471
Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

7005199/00-1
AMM 29417 DMP/21NRQ
6 118001 160471
Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

PHARMACIE BAB ESSALAM
Mr SEKKAT Omar
27, Rue de l'Atlas - C.I.L.
Casablanca - Tél: 0522.94.15.14
ICE 001082118000087

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med Abdouh - Casa
Tél: 0522 29 81 55 - 0522 47 26 89

PPV (DH):

LOT N°:

LOT: 270831
PER: 01-2024
PPV: 140,00DH

**RAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU:**

05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54

OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU: 06 61 13 14 83

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 les quelles 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

Nom de l'assuré :
Bénéficiaire :
Frais exposés :Dh

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



REFERENCE DOSSIER



Virement Direct Retraite

DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

Affections de Longue Durée

(Réservée à la CMIM)

D: _____

T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : M. T. H. M. P. Chahab Neyer

MATRICULE ASSURE : 11010316315141 N° CIN : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : M. D. M. M. M. Lien de parenté : _____

MATRICULE BENEFICIAIRE : 11010316315141

Date de naissance : 11/10/1979

Montant des frais (DHS) : 1994,40 Nombre de pièces jointes : 11

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau :	
CACHET	
<u>R. /</u> <u>OPH-thalologie</u> <u>de CASA</u>	

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 intranet : www.cmim.ma



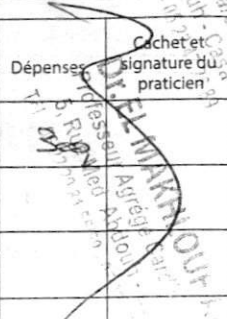
ALD1293386

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : YMINI Deryem
 Nature de la maladie (1) : Remplacement dentaire
 CIM-10 :

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

NATURE DES PRESTATIONS

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	03	20		091057851
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					

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

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: 091057851

Date (1) début Traitement	Date (2) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
5/10/21		- Atacand 8	3	122,20	
		- Kardegist 75	3	30,70	
		- Crestor 5	2	114,10	
		- Sintrom	10	20,00	
		- Odes 20/6	1	140,00	
		- Rosuvast	3	193,60	
TOTAL				222,20	1624,20

(1) Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE (1)

Code INPE:

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(1) - 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.

30

- 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.