

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ 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° W21-698717

11.04.28

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : 0305 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHARFIS LAHSEN

Date de naissance : 23.12.1938

Adresse : Casablanca 007

Tél. : 01 22 20 45 45 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Fatima Deyem Age : 17/07/49

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Pneumonie

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04.10.1.2022

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 : + +
.....	<i>Demande de remboursement</i> <i>l'agence nationale</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
6% 00 août 22	Trans en poches	786,90
	Nettage (part CRM)	629,52
	Dépôt NUPRAS	157,38

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	

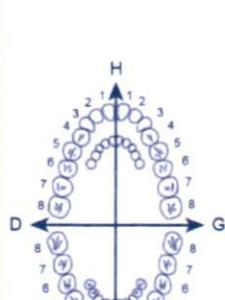
VIOLET MURRAY

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

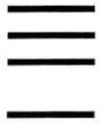
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	B		00000000 35533411	00000000 11433553	D		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
B														
00000000 35533411	00000000 11433553													
D														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <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 : 07/03/2022
 Num Paiement : 1343119
 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 HACHLEF C.I.L
 CASABLANCA
 MAROC



Emis à Casablanca le : 07/03/2022

Page:1 /2

Nous avons le plaisir de vous informer ci-dessous des règlements effectués en votre faveur.

Détail de vos remboursements

Nº 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 \ 001CMIM0240M20220301724712										
ML1944216	18/02/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	80.00 %	300,00	300,00	0,00	240,00	
ML1944216	18/02/2022	PHARMACIE	1	1.00	80.00 %	486,90	486,90	0,00	389,52	
Total remboursé pour : MERYEM							786,90			629,52

Décompte : 1343119 Date de Paiement : 07/03/2022 Prestation : 629,52 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)

الدكتور محمد الشرابي

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.

Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus

Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochlear

Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

CASABLANCA Le 18/02/2022,

Madame CHAIEB Meryem

L15180

1) CORTANCYL 20 mg RSS



3 comprimé(s) le matin pendant 3 jour(s)

2 comprimé(s) le matin pendant 3 jour(s)

1 comprimé(s) le matin pendant 1 jour(s)

5810?

2) HISTANORM 10 mg (BTE 30 CP)

1 comprimé le soir 1 MOIS

19010

3) AEROMAX NASAL 200 DOSES

2 pulvérisations le matin pdt 1 mois

32160

4) MUXOL SIROP

1 cuillère à soupe 2 fois par jour

99,50

5) OEDES 20 MG GELULES BTE 28

1 gélule par jour

61150

6) OROPROPOLIS TABLETTES

1 comprimé 6 fois par jour à succ

486,90

PHARMACIE BAB ESSALAM
Mr SEKKAT Omar
27, Rue de l'Atlas - C.I.L.
Casablanca - Tel: 0522.94.15.11
ICE 001082118500087

HISTANORM® 10 mg

PPV 58DH00

EXP 08/2023
LOT 16045 1



COOPER PHARMA

PPV : 32,60 DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

Résidence Roia : 47, Angle Bd. d'Anfa
Téléphone : 0522 20 69 43 / 0
En cas d'urgence, contacter

Casablanca

Samia Ghandi : 05 22 36 74 05

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : Charles Meryem

Nature de la maladie : Alléchase Orz lame

CIM-10: Specialiste en soins de la personne âgée

Nature des prestations

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	Yousra CODE INP Obligatoire
Médecin traitant	18/02/22	cl 300		<i>Docteur M'hamed Ait Yousra Spécialiste ORL & Ado. Angine PA ADD Asmae... tél: 0522 20 63 43 77</i>	1091062811
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: 092013219

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
18/02/22	Cortancyl 120 mg	A.S	115,80		
	HISTANORM 10mg	A.S	58,00		
	AEROMADOL NASAL	A.S	190,00		
	MUXOL 100 ml	A.S	32,60		
	VEDES 20%	A.S	99,00		
	ORO PROPOLIS 100 ml	A.S	61,50		
	TOTAL	6	4566,90		

OPTIQUE

Code INP: | | | | | | | |

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

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: 07/03/2022

T: 1263.9LDH

REFERENCE DOSSIER



* M L 1 9 4 4 2 1 6 *

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : A. TMIMI Neige clair

MATRICULE ASSURE : 1190131613514 N° CIN : 13369045

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

Nom et Prénom : THIRI Neige clairien de parenté : mère

MATRICULE BÉNÉFICIAIRE : 1101031613514

Date de naissance : 17/03/1949

Montant des frais (DHS) : 786,90 Nombre de pièces jointes : 1

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau :	COPIE 2022 C.M.I.M.
CACHET R / Ophthalos clivage de CASA.	N

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