

## 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

- 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.

**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° W21-698717

110428

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0305 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHAIEB LAHSEN  
 Date de naissance : 23/12/1938  
 Adresse : Casablanca  
 Tél. : Demande de remboursement  
 Total des frais engagés : 0,00

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : T. M. Deyou Age : 12/12/1999  
 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 : Le 04/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



### 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

INP :

*Demande de Neurolux* *Ray G. Moutais*

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

*ou*  
*ou*  
*2022*

*Mal enfus* *786,90*  
*Neurolux COM* *623,12*  
*Neurolux 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 Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

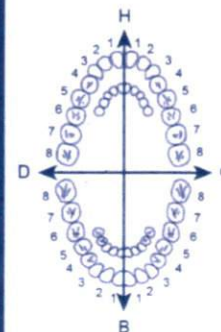
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

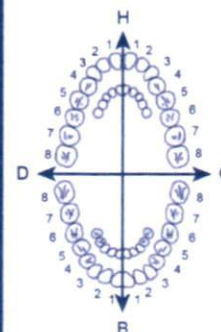
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



### RELEVÉ 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 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 : 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

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 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 الشرايبي

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 Cochléaire

Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

CASABLANCA Le 18/02/2022,

Madame CHAIEB Meryem



- 451,80
- 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)

- 58,00
- 2) HISTANORM 10 mg (BTE 30 CP)
- 1 comprimé le soir 1 MOIS

- 190,00
- 3) AEROMAX NASAL 200 DOSES
- 2 pulvérisations le matin pdt 1 mois

- 321,60
- 4) MUXOL SIROP
- 1 cuillère à soupe 2 fois par jour

- 99,00
- 5) OEDES 20 MG GELULES BTE 28
- 1 gélule par jour

- 61,50
- 6) OROPROPOLIS TABLETTES
- 1 comprimé 6 fois par jour à sucer

PHARMACIE BAB ESSALAM  
Mr SEKKAT Omar  
27, Rue de l'Atlas - C.I.L.  
Casablanca - Tel: 0522.94.15.1  
ICE 001082118000087

HISTANORM® 10 mg comprimés  
PPV 58DH00 EXP 08/2023  
LOT 160451

Aeromax®  
Budesonide  
LOT: 036R004A  
PER: 03/2023  
PPV: 190,00 dh

LOT: 036R004A  
PER: 03/2023  
PPV: 190,00 dh  
OROPROPO

COOPER PHARMA  
PPV : 32,60 DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

Résidence Roïa : 47, Angle Bd. d'Anfa

Téléphone : 0522 20 69 43 / 0

En cas d'urgence, contacter

Clinique Ghandi : 05 22 36 74 05

Casablanca

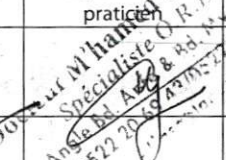
**PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT**

Nom et prénom du malade: Chareb Maryem

Nature de la maladie: Affectation ORL

CIM-10: J69.0

**Nature des prestations**

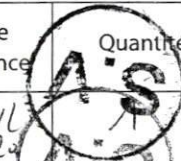


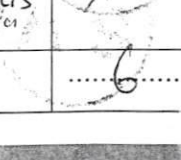
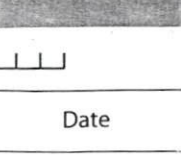
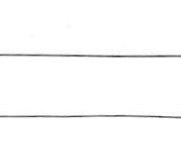
Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
Médecin traitant	18/02/22	4	300		091002911
Radiographie					
Analyses					

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, Dialyse Psychothérapie...)

**FRAIS PHARMACEUTIQUE**

Code INP: 091013159

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
18/02/22	Cortancyl	1	415,80		     
	HISTANOL	1	581,00		
	AEROMAX	1	190,00		
	Muxo	1	32,60		
	vedes 20%	1	99,00		
	OROPROPOLIS	1	61,50		
	TOTAL	6	486,90		

**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



## REFERENCE DOSSIER



\* M L 1 9 4 4 2 1 6 \*

## DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D: 07/03/2022  
T: 1263.92DH

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : THIMI MEYER CHAIB  
MATRICULE ASSURE : 110036354 N° CIN : 13369045

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : THIMI MEYER CHAIB Lien de parenté : mar  
MATRICULE BENEFICIAIRE : 110036354  
Date de naissance : 17/07/49  
Montant des frais (DHS) : 786,90 Nombre de pièces jointes : 1

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau : .....	
CACHET <u>R1</u>	
<u>OPhtolux cliyo</u> <u>de CASA.</u>	

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)