

# 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.

## Médecine 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.

## Education :

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

Rise en charge : pec@mupras.com

adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

M22- N° 000889

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183 Société : 119195

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Hassan Mohammed

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : 100, Rue Agafim Nokhaï, Casablanca

EN1605

0661133679

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Date de consultation : ..... /

Nom et prénom du malade : Conpliuur conjoint

Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : .....



Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : Casablanca

Le : 10/04/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## 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:

### REFERENCE DOSSIER



\* ML8875247 \*

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : HACHZAF Zoula .....

MATRICULE ASSURE : 11111111 N° CIN : B17633

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

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

MATRICULE BENEFICIAIRE : 11111111

Date de naissance : 11/11/11

Montant des frais (DHS) : ..... Nombre de pièces jointes : .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

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 RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : HACIEN AF 2012 A

Nature de la maladie : HTA

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	15/02/2021	G fre 3000 dh	1091666983		
		Ortigote			
	15/02/2022	10000 dh			
		Corde			
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 : 092037134

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
15-02-2022.	- Covernyl 5 mg.	(03)	92,00	276,00	
	- Fludroc. LP.	(03)	68,90	206,70	
	- Tabac 10 mg.	(03)	79,00	237,00	
	- Candig. Mine.	(03)	27,70	83,10	
	TOTAL	...12	802,80		

### OPTIQUE

Code INP : ||||||||

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

PHARMACIE LA BRISE  
98 Rue Abou Maarif - Casablanca  
Tél: 05 22 95 07 10

DR LAMBI

15/02/22 11:32:25



z L 4.67 cm  
I L 0.89 cm

# CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

## عيادة فحص وتشخيص أمراض القلب والشرايين

Dr Mohamed Amine LAABI



الدكتور محمد أمين لعبي

CARDIOLOGUE  
Cardiologie Générale et Interventionnelle

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين  
و علاج القلب التداخلي

15/02/2022

PHARMACIE LA BRISE  
38, Rue Abou Abbes Al Azfi  
Mâarif - Casablanca  
Tél.: 05 22 99 07 10  
Fax: 05 22 99 07 03

HACURAF 30THRA

92,00 (3)

1- Coverasyl 5mg

1cp matin

1cp soir

68,90 (3)

2 - Plendex cp (ou Ferdelex cp)

1cp lundi matin

79,00 (3)

3 - Atorv 10mg

1cp lundi soir

27,70 (3)

4 - Cardioosfome 100mg

11; shu

T = 802,8°

PHARMACIE LA BRISE  
38, Rue Abou Abbes Al Azfi  
Mâarif - Casablanca  
Tél.: 05 22 99 07 10  
Fax: 05 22 99 07 03

DRA. RIBH "D" Angle Bd Bir Anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi) 1er étage Quartier Maârif - Casablanca  
Résidence RIBH "D" Angle Bd Bir Anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi) 1er étage Quartier Maârif - Casablanca  
إقامة بـ «د» زاوية شارع بيرانزان وزنقة قائد الأسطول (قرب وكالة انوي) الطابق الأول حي المعارف - الدار البيضاء  
Tél : 05 22 99 20 88 - Fax : 05 22 99 20 87 - Urgence : 06 55 12 73 13 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com

N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

### A REMPLIR PAR L'ASSURE

Assuré N° d'immatriculation

Entreprise .....

Nom & Prénom : .....

Bénéficiaire : .....

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné *Dr LAAIFI*  
estime que l'état de santé de M.....

nécessite (1) : *Hospitalisation Zouhra*

un acte côté à la nomenclature  
«préciser coefficient»

une hospitalisation médicale de .....

«approximatifs»

à *El Jadida* «Préciser l'établissement hospitalier»

une cure thermale à *Wadra* «Préciser la station et la durée»

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA CAISSE

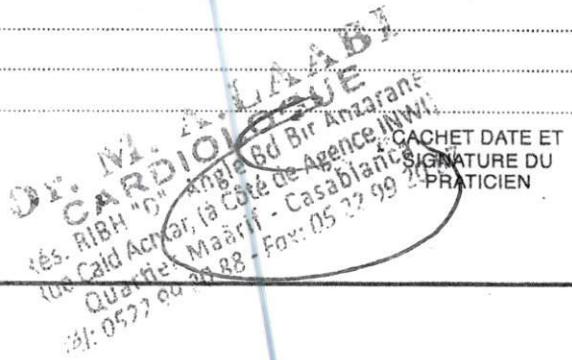
#### SA DECISION

RABATTRE ET COLLER SUR CETTE PARTIE LE PIED DE LA FEUILLE

### STRICTEMENT CONFIDENTIEL

#### RENSEIGNEMENT SUR LA NATURE DE L'AFFECTION (à fournir au médecin - conseil de la Caisse)

(1) Rayer les mentions inutiles.



Dr Mohamed Amine LAABI



الدكتور محمد أمين لبّي

CARDIOLOGUE  
Cardiologie Générale et Interventionnelle

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين  
و علاج القلب التداخلي

NOM : HACHLAF ZOHRA DATE: 15/02/2022

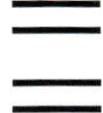
### NOTE D'HONORAIRES

Consultation et ecg = 300 DH.

Echographie doppler cardiaque= 1000 DH.

Total = mille trois cent dirhams.

DR. M. A. LAABI  
CARDIOLOGUE  
Rés. RIBH "D" Angle Bd Bir Anzarane  
Rue Caid Achtar, la Côte de Agence Inwi  
Quartier Maârif - Casablanca  
Tél: 0522 99 30 12 - Fax: 05 22 99 20 87



### RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 21/03/2022  
 Num Paiement : 1351886  
 Assuré : HACHLAF ZOHRA  
 N° d'immatriculation : 10062218  
 Mode de règlement : Virement  
 Veuillez Consulter Notre Espace Assure <https://assures.cmim.ma/>

HACHLAF ZOHRA BANK OF AFRICA "RET"  
 100 RUE BRAHIM NAKHAI  
 APPT 25  
 CASABLANCA  
 MAROC



Emis à Casablanca le : 21/03/2022

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 remboursé	Motif rejet
Pour HACHLAF ZOHRA / 10062218 \ 001CMIM0240M20220317760667										
ML8875247	15/02/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300.00	0.00	255,00	
ML8875247	15/02/2022	ECHO-DOPPLER CARDIAQUE	1	1.00	85.00 %	1 000,00	550.00	0.00	467,50	
ML8875247	15/02/2022	COVERSYL 5 MG (Prix : 145,9 dhs)	3	1.00	85.00 %	276,00	437.70	0.00	234,60	
ML8875247	15/02/2022	TAHOR 10 MG 28 COMPRIME 10 MG (Prix : 79 dhs)	3	1.00	85.00 %	237,00	237.00	0.00	201,45	
ML8875247	15/02/2022	CARDIOASPIRINE 100 MG (Prix : 27,70 dhs)	3	1.00	85.00 %	83,10	83.10	0.00	70,64	
ML8875247	15/02/2022	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	206,70	206.70	0.00	175,70	
Total remboursé pour : ZOHRA							2 102,80		1 404,89	

Décompte : 1351886 Date de Paiement : 21/03/2022 Prestation : 1 404,89 DHs

- 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)