

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

Prise 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° 000890

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HABIBI mohamad

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : 100, Rue Brahim Nekkach, Maârif

exclusiv Casablanca

Tél. : 0661133679 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Complément Conforme 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 : 16 AVR 2022

Signature de l'adhérent(e) :



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 :



* ML8875246 *

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : HACHAF Zohra

MATRICULE ASSURE : 1111111111 N° CIN : B27639

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : Lien de parenté :

MATRICULE BENEFICIAIRE : 1111111111

Date de naissance : 11/11/11

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

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

Cabinet Médecine Générale

Echographie

Expertise médicale - Diabétologie

Psychologie médicale

عيادة الطب العام

الفحص بالصدى

الخبرة الطبية - مرض السكري

التخدير النفسي الطبي

Casablanca, le 08/03/99 الدار البيضاء، في

Hachef Habachi Zohra12,50 x 1474,00

lachesis 15 Cx

③

SP

5 Agaricus

menthe

x 10 ml

④

32,60

Equisetum

Icax 3/5 x 60

80,10

Myzallat

le fl de 50 ml

PHARMACIE LA BRISE
38, Rue Abou-Abbes Al Aziz
Maârif - Casablanca
Tél.: 05 22 98 07 10
05 22 98 07 03Dr Ouafae GUESSOUS KRAFESS
Médecine Générale - Echographie
8, Rue Assaad Bnou Zarara - 3^{me} Etage
Maârif, Casablanca
Tél.: 022 98 80 71 / 061 41 17 27
Fax: 022 98 80 71
E-mail: 091014357

، زنقة أسعد بن زرار - المعارف - البيضاء - الهاتف: 8

8, Rue Assaad Bnou Zarara Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 98 80 71

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : Hachaf Ep Habachi Zohra
 Nature de la maladie : Affection nerveuse de la tête et du cou
 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	22/02/22	c	200 DT	INPE : 091014857	
	04/03/22	Contrôle statut		INPE : 091014357	
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 : 091014357

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
02 - 03 - 2022.	- lachexis	(04)	18,50	74,00	
	- 15CH.	(01)	32,60	32,60	
	- Envergel.	(01)		80,10	
	- Xyzall 5mg	(01)			
	TOTAL	(06)	126,70		

OPTIQUE

Code INP : 091014357

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			



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:3 /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 \ 001CMIM0310M20220317758843										
ML8875246	22/02/2022	CONSULTATION GENERALISTE	1	1.00	85.00 %	200,00	200.00	0.00	170,00	
ML8875246	22/02/2022	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	186,70	186.70	0.00	158,70	
Total remboursé pour : ZOHRA						386,70			328,70	

Décompte : 1351886 Date de Paiement : 21/03/2022 Prestation : 328,70 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)