

## 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.

#### 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.

#### Educations :

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.

#### Maladie :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M22- N° 000888

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183 Société : 112193

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HANNEB, Mohamed

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : 200, Rue Ibrahim Natchou, Haux ex Vieux

Casablanca

Tél. 0661133679 Total des frais engagés : Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Compté maur Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Conjoint

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 : 18 Avril 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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

REFERENCE DOSSIER



\* ML8875240 \*

(Réservée à la CMIM)

D: \_\_\_\_\_

T: \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : HACHIAF Zohra

MATRICULE ASSURE :                      N° CIN : B27639

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

MATRICULE BENEFICIAIRE :                     

Date de naissance :                     

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 : HACHLAF ZOUHRA

Nature de la maladie : Affection oculaire

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	14/02/2022	5	300,000		0911814262
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 : 0912037134

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
14-02-2022	- Surreal Duo.	(01)	317,00	317,00	
14-02-2022	- Perophta	(01)	75,00	75,00	
	TOTAL	(02)	392,00		

## OPTIQUE

Code INP :

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

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

**Dr. Kaouthar DGADEG**  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie  
des yeux Adultes et Enfants

- Membre de la Société Française d'Ophthalmologie
- Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome
- Laser
- Angiographie
- OCT



**الدكتورة كوثر الدغادي**  
إختصاصية في أمراض و جراحة  
العيون للكبار و الأطفال

- عضوة في الجمعية الفرنسية لطب العيون
- جراحة الجلطة بالموجات فوق الصوتية
- تقويم الحول
- الزرق
- الليزر
- تصوير الأوعية الدموية للشبكية

Casablanca le : **Casablanca, le lundi 14 février 2022**

**Madame HACHLAF Zohra**

75,00

- **LEVOPHTA 0,05%(Lévocabastine) COLLYRE fl**  
1 goutte, 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois

Dr. Kaouthar DGADEG  
Ophtalmologiste  
Rés. Palmier (Rue de l'Indépendance Entrée B9)  
1<sup>er</sup> étage, Appt. 3 - Tel : 0522 98 88 66  
Casablanca

PHARMACIE LA BRISE  
8, Rue Abou Abbas Al Azafi  
Marrakech - Casablanca  
Tel : 0522 99 07 10  
0522 99 07 10

**Levophta® 0,05%** Collyre en suspension  
lévocabastine\*

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.**

- Ce médicament peut être utilisé en automédication c'est-à-dire utilisé sans consultation ni prescription d'un médecin.

Si, s'ils s'aggravent ou si de nouveaux symptômes apparaissent, demandez l'avis de votre médecin.  
vous aider à bien utiliser ce médicament. Gardez-la, vous pourriez avoir besoin de la relire.

LEVOPHTA 0,05%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
AMM N° 728/16DMP/21/NRQ  
6118001270354  
LOT/عيار: H6752  
FAB/تاريخ الإنتاج: 12-2020  
EXP/تاريخ الانتهاء: 11-2022  
PPV: 75,00 Dhs

1. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser LEVOPHTA® 0,05%, collyre ?
2. Comment utiliser LEVOPHTA® 0,05 %, collyre ?
3. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

ins quel cas est-il

**Maux de tête.**

Dans de très rares cas, certains patients présentant des atteintes sévères de la couche claire située à l'avant de l'œil (la cornée) ont développé des dépôts opaques sur la cornée en raison d'une accumulation de calcium pendant le traitement.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en

**Dr. Kaouthar DGADEG**

**Spécialiste des Maladies et Chirurgie  
des yeux Adultes et Enfants**

- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome
- Laser
- Angiographie
- OCT



**الدكتورة كوثر الدكادشي**

**إختصاصية في أمراض و جراحة  
العيون للكبار و الأطفال**

- عضوة في الجمعية الفرنسية لطب العيون
- جراحة الجلالة بالموجات فوق الصوتية
- تقويم الحول
- الزرق
- الليزر
- تصوير الأوعية الدموية للشبكية

Casablanca, le **lundi 14 février 2022**

**Madame HACHLAF Zohra**

- **SUVEAL DUO GELULES**

1 gellule, le matin, pendant 2 mois

317,00

OPHTALMED  
PPC  
317.00 DHS

**Dr. Kaouthar DGADEG**  
Ophtalmologue  
Rés. Palmier 3, Bd. Brahim ROUDANI - Entrée B9  
1<sup>er</sup> Etage, Appt 3 - Tél.: 0522 98 8666  
Casablanca

**PHARMACIE LA BRISE**  
38, Rue Abou Abbas Al Azfi  
Marrakech - Casablanca  
Tél.: 05 22 98 07 10  
Fax: 05 22 98 07 09

إقامة النخيل، 285 ، شارع إبراهيم الروداني - مدخل B9 - الطابق 1 ، شقة 3 - الدار البيضاء  
Rés. Palmier - 285, Bd. Brahim ROUDANI - Entrée B9 - Etage 1, Appt 3 - Casablanca  
E-mail : blankavision@gmail.com - Tél.: 0522 988 866





### RELEVÉ 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 Assuré <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:2 /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 rembourse	Motif rejet
Pour HACHLAF ZOHRA / 10062218 \ 001CMIM0275M20220317759236										
ML8875240	14/02/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300,00	0.00	255,00	
ML8875240	14/02/2022	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	75,00	75,00	0.00	63,75	
Total remboursé pour : ZOHRA						375,00			318,75	

**Décompte : 1351886 Date de Paiement : 21/03/2022 Prestation : 318,75 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)