

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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.

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

N° W21-726009

12533

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 12902 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHOUFI M Y A LI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663 789 07h Total des frais engagés : 760,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : 08/08/2022



QUELQUES CONSEILS POUR REMBOURSER 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 À LA FEUILLE

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-151/2013, en date du 28/02/2014



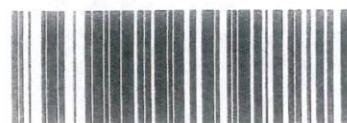
DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

Reservée à la CMIM

D:

T:

REFERENCE DOSSIER



* ML8915981 *

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE

Nom et Prénom : LATOURI HEDY EH

MATRICULE ASSURE : 1011120511 N° CIN : BE7687JU

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

Nom et Prénom : LATOURI HEDY EH Lien de parenté :

MATRICULE BÉNÉFICIAIRE : 11111111

Date de naissance : 27/12/83

Montant des frais (DHS) : 660,60 Nombre de pièces jointes : 15

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

EMPLOI	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

PARTIE RESERVEE AU MEDIEN CONTRAIRE

Nom et prénom du malade : LAIKOU ZI REBEN

Nature de la maladie : Survi de grossesse

Nature des prestations

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Depenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
	23/06/2022	CS	100	100	931181531H
Médecin traitant	23/06/2022	Ecographie Obstétrique	100	100	931181531H
Radiographie					
Analyses					

SPRAS PHASE 2A STUDY

Code INP: 19214808

OPTION

Casablanca le 23/06/2022

Patient : Mme LAMOURI MERYEM née le 27/ 12/ 1983.

Anamnèse :

Age maternel : 38 ans

Gestité : II Parité : II 1 EV / VOIE BASSE 2016 PN 3280 g 37 SA

ATCD : SOUS LEVOTHYROX 50 * / THYROIDECTOMIE PARTIELLE 2011

Groupage 0+ - RAI - - TA : 12/7

Date des dernières règles 11 / 10 / 2021 Terme 36 SA + 3 J

Motif de consultation : Suivi de grossesse

ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE par VOIE SUS PUBIENNE :

Examen pratiqué sur un GENERAL ELECTRIQUE VOLUSON S8, équipé de sondes électroniques linéaire et convexe 3 D ET 4 D , de sonde endovaginale, et d'un doppler couleur mis en service en OCTOBRE 2020 .

Les conditions de l'examen étaient bonnes.

On objective un **foetus unique** en position **CEPHALIQUE** .

Vitalité :

Activité cardiaque régulière à 151 bpm.

Mouvements actifs bien repérés, spontanés et normaux.

Bilan Biométrique : Correspondant au terme

EPF 3006 g +/- 439 g

Le 30/06/2022 GF 3292 ♂ +1 - 481

Bilan Morphologique :

RAS

Sexe FEMININ.

Annexes fœtales :

Pas d'anomalie annexielle.

Liquide amniotique en suffisante.

Le placenta est normoinséré.

Le doppler ombilical est normal.

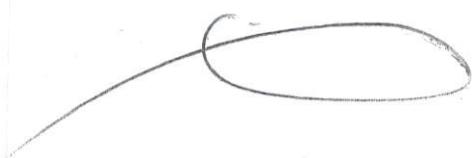
Conclusion

Grossesse mono-fœtale évolutive dont la biométrie est en rapport avec le terme théorique.

Croissance satisfaisante. Vitalité fœtale normale. Liquide amniotique en quantité suffisante. Placenta normoinséré.

Pas de signe d'appel en faveur d'une anomalie échographiquement dépistable à ce terme.

NB : Selon le CFEF, l'échographie de dépistage ne permet de détecter que 60% des pathologies fœtales connues à ce jour.



C

23 06 2022
L'ATLAS DU PEREYER1- finfie ♀

Ig = 317

2- Preparation ♀

Ig dnt

3- shoca ♀

Ig 177

4- nd. in be 'n
(+) l'nd. le s

5- spate spr

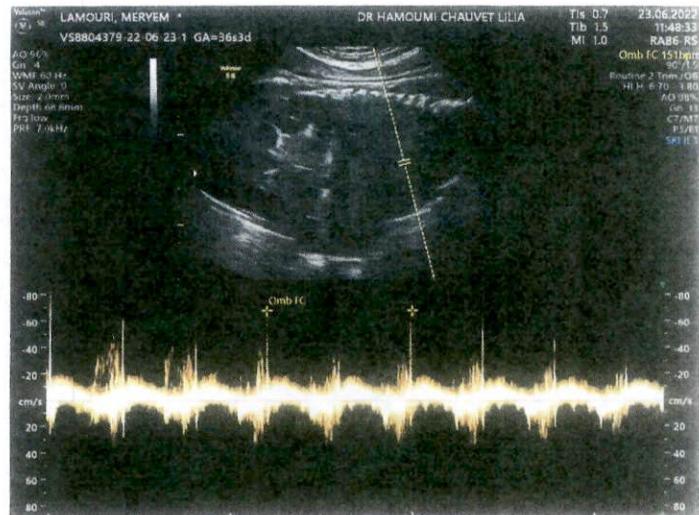
large \leftarrow $\frac{1}{2}$ in

6- Gymnog. ad

lamb. var.

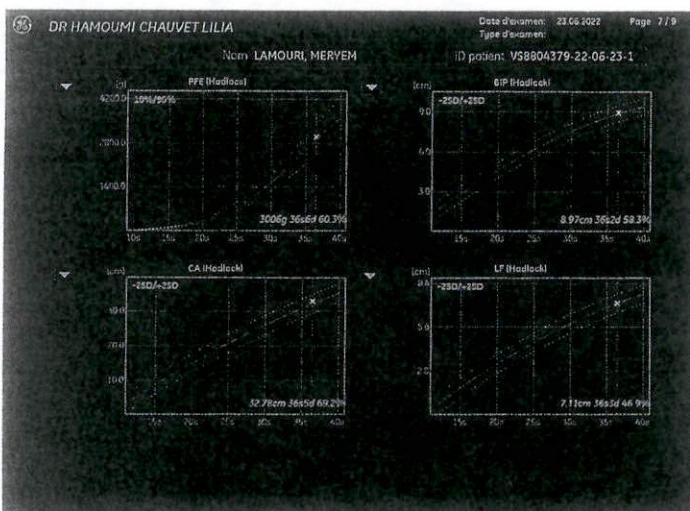
~~white post alge pelt~~







		DR HAMOUMI CHAUVE LILIA				Date d'examen: 23.06.2022	Type d'examen: Page 1 / 9
Nom	LAMOURI, MERYEM	DDN		Praticien			
ID patient	VS8804379-22-06-23-1	MI	36s3d	Méth. rsl			
Indication		Fréq.					
DDR	11.10.2021	GA(DDR)	36s3d	DPA(DDR)	18.07.2022	G	Ab
DDC		AG(MAE)	36s3d	DPA(MAE)	18.07.2022	P	Ec
PFE (Hadlock)		Valeur	Flag	Age	Plage	GP	Hadlock
CA/BIP/LF	3006g	± 439g		36s6d			60,3%
Measures 2D	MAE	Valeur	m1	m2	m3	Méth.	Age
BIP (Hadlock)	36	8.97 cm	8.97			moy.	58,3% 36s2d
CA (Hadlock)	36	32.78 cm	32.78			moy.	69,2% 36s5d
LF (Hadlock)	36	7.11 cm	7.11			moy.	46,3% 36s3d
Calculs 2D							
LF/CA		22% (20 - 24%)				LF/BIP	79% (71 - 87%)



RELEVE DES PRESTATIONS	 CMIM ال Mutualiste ال專業的	الصندوق التلاصقي المهني المغربي Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine
Date de paiement : 18/07/2022 Num Paiement : 1438543 Assuré : LAMOURI MERYEM N° d'immatriculation : 10112051 Mode de règlement : Virement	LAMOURI MERYEM (BANK OF AFRICA) AUC Consolidation et Pilotage des Risques Groupe MAROC	
*	Emis à Casablanca le : 19/07/2022	Page : 1

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

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 CHORFI AIDA /40010913\001CMIM0270M20220708959041										
ML8915980	21/06/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1,00	85.00	300,00	300,00	0,00	255,00	
Total remboursé pour AIDA						300,00			255,00	
Pour LAMOURI MERYEM /10112051\001CMIM0348M20220714966336										
ML8915981	23/06/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1,00	85.00	300,00	300,00	0,00	255,00	
ML8915981	23/06/2022	ECHOGRAPHIE GROSSESSE	1	1,00		300,00	320,00	0,00	0,00	Délai de l'acte non respecté
ML8915981	23/06/2022	PHARMACIE	1	1,00	85.00	140,60	140,60	0,00	119,51	
Total remboursé pour MERYEM						740,60			374,51	
Total général remboursé										629,51

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



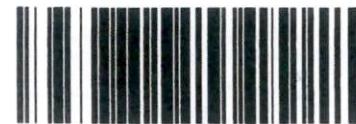
DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

REFERENCE DOSSIER



* ML8915980 *

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : LAHCEN HEDY

MATRICULE ASSURE : 10111210151 N° CIN : BE 762716

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

Nom et Prénom : CHOURFI HIB Lien de parenté ENFANT

MATRICULE BÉNÉFICIAIRE : 11111111111

Date de naissance : 11/07/1916

Montant des frais (DHS) : 300,00 Nombre de pièces jointes : 11

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

EMPLOIÉ	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

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAANT

Nature de la maladie : Abstention + fatigue

CIM-10: _____

Nature des prestations

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Chemin et signature du praticien	CODE INP (obligatoire)
Médecin traitant	21/6/2022	Abdellah Paché	300,2	CLINIQUE PÉDIATRIQUE 50, Bd. Abderrahmane BOUAFIA Tél: 0522 23 18 18 - Mpt: 090003690	1057093310
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...)

PHARMAEUTIQUE

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
	TOTAL		

OPTIQUE

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 21-06-2022

page 1/1

Facture N° 11577/22

A. Identification

N° Doss er : ATF22F21162020

N° Identifiant : 021604/22

Nom & Prénom : Enf. CHORFI AIDA

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 21-06-2022

Date Sortie : 21-06-2022

Médecin traitant : DR . LAZRAK FAYSSAL

Traitemen

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	ABLATION PLATRE		300,00			300,00
Total Rubrique :						
300,00						
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
0,00						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TROIS CENTS DIRHAMS						
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :						
TOTAL GENERAL						
300,00						

signature de l'assuré

CLINIQUE PÉDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca
Tél : 0522 23 18 18 - INPE : 090003690