

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

- 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° M20- 0002867

Maladie Dentaire Optique Autres

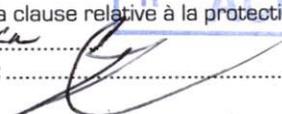
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 454 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : 196448
 Nom & Prénom : ABALI Mohamed
 Date de naissance : 1943
 Adresse : 117 Rue Abou WAÏ Res SEKKAT Bougouja
CASA
 Tél. : 0665716884 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation :/...../.....
 Nom et prénom du malade : DABDARY Safia Age :
 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 : Casablanca Le : 08 / 04 / 2022
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 1- Établir une feuille de soins par personne et par événement.
- 2- La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire) ...
- 3- Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.
- 4- 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).
- 5- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les trois mois qui suivent le dernier acte médical.
- 6- Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.
- 7- Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.
- 8- L'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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 conseils, 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, 35 Bd d'Anfa, 20000 - CASABLANCA.

Ce traitement a reçu récépissé de la commission nationale de contrôle la protection des données à caractère personnel, sous le numéro A-161/2013 en date du 28/02/2014

Nom de l'assuré :
 Bénéficiaire :
 Frais exposés :Dh

Matricule :
 Date du dépôt du dossier :/...../.....
 Date des soins :/...../.....



REFERENCE DOSSIER



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
 FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES**

(Réservée à la CMIM)

D:
 T:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E) (1)

Nom et Prénom : ABALI née DARJARY Safa
 MATRICULE ASSURE : 20065678 N° CIN : 1A210346

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : Lien de parenté :
 MATRICULE BENEFICIAIRE :
 Date de naissance :
 Montant des frais (DHS): Nombre de pièces jointes :

(1) L'exactitude et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau :	
CACHET	

SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tél : 05 22 20 24 20 / 21 Fax : 05 22 26 24 51

Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : www.cmim.ma



ML3127530

Accusé De Réception

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : Dandany Ep Azal
 Nature de la maladie (4) : Akton oulen
 CIM-10 :

(4) À fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CMR)

NATURE DES PRESTATIONS

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien
Médecin traitant *** Nature d'acte à préciser	08.04 2022	CA	CC	<i>DR A. ZAROURY</i> Ophthalmologiste Ophthalmologie Ophthalmo Clinique de Casablanca 13, Rue des Papillons Oasle - Casablanca Tél: 0522 25 71 71 (S.O.) - Fax: 0522 25 11 15 INPE: 092042092
Radiographie *** Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios...) *** Déclaration des circonstances du traumatisme si c'est le cas				
Analyses *** Demande d'accord préalable est obligatoire pour tout bilan lourd et spécifique				

Praticien	Date début et fin de soins (4)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

(4)1 - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie...)
 - Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: ||| ||| ||| ||| ||| ||| ||| ||| ||| |||
 INPE 092 042 092

Date (4)2 début Traitement	Date (4)2 fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
08/04/22	08/04/22	opateval colt	01	90,70	90,70
		tyloproin colt	02	150,00	180,00
		Tobradex colt	01	35,70	35,70
		Tobradex pte	01	54,40	54,40
TOTAL			04		480,80

(4)2 Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE (1)

Code INPE: ||| ||| ||| ||| ||| ||| ||| ||| ||| |||

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(1)3 - La prescription et la facture des verres sont obligatoires.
 - En cas de changement d'acuité visuelle, un certificat du médecin traitant mentionnant l'ancienne et la nouvelle acuité est obligatoire pour le remboursement des verres avant délai.

- Le nom et prénom du bénéficiaire doivent obligatoirement être portés sur la prescription.
- La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie (et/ou) de laboratoire) ...
- L'exactitude et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA



صحة العيون
للداء البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



39983

Casablanca le :
08 avril 2022

DARDARY EP ABALI Safia

90,70
OPATANOL



6 118001 070442
Laboratoires Sothema Bouskoura
Opatanol 0,1% collyre, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NPP
PPV: 90,70 DHS

1 goutte 2 fois par jour, pendant 1 Mois

180,00 x 2
HYLOPARIN



PPC: 150DH
4 031626 710802
4 031626 710802

1 goutte 3 fois par jour, pendant 2 Mois

35,70
TOBRADEX COLLYRE (Tobramyc. Dexaméthas)fl



6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex Collyre, 5 ml
PPV: 35,70 DHS

1 goutte 3 fois par jour, pendant 15 jours

54,40
TOBRADEX POMMADE

PHARMACIE MEHDI BEN BARKA
Av. Mehdi Ben Barka
Rue Abdelkrim El Khelil
Tél: 0522 95 15 89 - Casablanca



TOBRADEX®
POMMADE OPHTALMIQUE
3,5G
Boîte de 1 tube
Laboratoires Sothema, Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP/21/NPQ
PPV: 54,40 DHS

1 application Le Soir, pendant 15 jours

480,80
dans les deux yeux

Dr A. ZAROURY
Ophtalmologiste

Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons Oasis - Casa
Tél.: 0522 25 71 71 (5LG) - Fax: 0522 25 11 15

Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma
RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057



RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 24/05/2022
 Num Paiement : 1400945
 Assuré : DARDARY EP.ABALI SAFIA
 N° d'immatriculation : 10066595
 Mode de règlement : Virement
 Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <https://assures.cmim.ma/>



DARDARY EP.ABALI SAFIA ATTIJARIWABA BANK "RET"
 127 RUE ABOU WAQT RESD SEKKAT APPT 3
 ZEM ETAGE BOURGOGNE 20000
 CASABLANCA
 MAROC



Emis à Casablanca le : 24/05/2022

Page:1 /1

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 DARDARY EP.ABALI SAFIA / 10066595 \ 001CMIM0310M20220520872951										
ML3127530	08/04/2022	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	480,80	480.80	0.00	408,68	
Total remboursé pour : SAFIA						480,80			408,68	

Décompte : 1400945 Date de Paiement : 24/05/2022 Prestation : 408,68 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)