

## 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](http://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 :  
Nom & Prénom : ABALI Noham  
Date de naissance : 1943  
Adresse : 117 Rue Abou WAGI Res SEKKAT Bougouja  
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



**CMIM**  
LA MUTUELLE التعاونية  
صندوق التعاضدي المهني المغربي  
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

## REFERENCE DOSSIER

- \* M L 3 1 2 7 5 3 0 \*

(Réservée à la CMIM)

D:

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

Nom et Prénom : ABALI hél DARMARY Safé  
MATRICULE ASSURE : 20065678 N° CIN : A210346

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

MATRICULE BENEFICIAIRE : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Date de naissance : 

--	--	--	--	--

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

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

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](http://www.cmim.ma)

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 : ...../...../.....



**\*ML3127530\***

Accusé De Réception

# PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : Pandani Ep Azal  
 Nature de la maladie (4) : Akron ou en  
 CIM-10 : .....

(4) A 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	CODE INPE (Obligatoire)
Médecin traitant *** Nature d'acte à préciser	08.04.2022	C11	CC		<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
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					<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
Analyses *** Demande d'accord préalable est obligatoire pour tout bilan lourd et spécifique					<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>

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

(4) - 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	ophtalmol colt	01	90,70	90,70
		hyloproin colt	02	150,10	180,20
		Volbradex colt	01	35,70	35,70
		Volbradex 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: INPE 092 042 092

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(1) - 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



1 goutte 2 fois par jour, pendant 1 Mois

186,00 x 2  
HYLOPARIN



1 goutte 3 fois par jour, pendant 2 Mois

35,70  
TOBRADEX COLLYRE (Tobramyc. Dexaméthas) fl

1 goutte 3 fois par jour, pendant 15 jours

54,40  
TOBRADEX POMMADE

1 application Le Soir, pendant 15 jours

480,80  
dans les yeux

PHARMACIE MEHDI BEN BARKA  
Avenue Mohammed VI  
Rue Abdellatif El Khayari N° 3  
Tél: 0522 25 15 15 - Casablanca

PHARMACIE MEHDI BEN BARKA  
Avenue Mohammed VI  
Rue Abdellatif El Khayari N° 3  
Tél: 0522 25 15 15 - Casablanca



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  
 2EM 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)