

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.



Déclaration de Maladie
N° M20- 0002868

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 454 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ABALI Nohamer
 Date de naissance : 1943
 Adresse : 127 Rue Abou WAKI Ben SEKKAT Boujorja
 Tél. : 0665716884 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : DARDARY Scia 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 : 10 / 03 / 20

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : Pandani CP Bal. Sofia
 Nature de la maladie (4) : Affection oculaire
 CIM-10 :

(4) A fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CMIM)

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	10-03-2022	G	300		
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) - 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 début Traitement (4)	Date fin Traitement (4)	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
10/03/22	10/03/22	Zalory coll Zyllet coll Thealose	01	151,40	151,40
			01	117,00	117,00
			01	147,00	147,00
TOTAL			04		415,40

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

OPTIQUE (1)

Code INPE: |||||

	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.

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



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 : A210946

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



RELEVÉ DES PRESTATIONS

<p>Date de paiement : 19/05/2022</p> <p>Num Paiement : 1395404</p> <p>Assuré : DARDARY EP.ABALI SAFIA</p> <p>N° d'immatriculation : 10066595</p> <p>Mode de règlement : Virement</p> <p>Veuillez Consulter Notre Espace Assuré https://assures.cmim.ma/</p>	<p>DARDARY EP.ABALI SAFIA ATTJARIWABA BANK "RET"</p> <p>127 RUE ABOU WAQT RESD SEKKAT APPT 3</p> <p>2EM ETAGE BOURGOGNE 20000</p> <p>CASABLANCA</p> <p>MAROC</p>
Emis à Casablanca le : 19/05/2022	
Page:1 /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 DARDARY EP.ABALI SAFIA / 10066595 \ 001CMIM0240M20220511854872										
ML3127528	10/03/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300.00	0.00	255,00	
ML3127528	10/03/2022	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	418,40	418.40	0.00	355,64	
Total remboursé pour : SAFIA						718,40			610,64	

Décompte : 1395404 Date de Paiement : 19/05/2022 Prestation : 610,64 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)

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA



صحة العيون
للدرا البيضاء

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



39983

Casablanca le :
10 mars 2022

DARDARY EP ABALI Safia



6 118001 102495
ZALERG 0,25 mg/ml
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouf,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

ZALERG

1 goutte 3 fois par jour, pendant 2 Mo



6 118001 102495
ZALERG 0,25 mg/ml
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouf,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

ZYLET

Distribué au Maroc par Zenith Pharma
PPV = 117,00 DHS

1 goutte 3 fois par jour, pendant 15 jours



6 118001 270729

THEALOSE

1 goutte 3 fois par jour, pendant 6 Mois

GEL-LARMES

1 instillation Le Soir, pendant 6 Mois

dans les deux yeux

PHARMACIE MEHDI BEN BARKA
A. Mehdi Ben Barka,
Rue Abdelhak El Hadjoui N° 3
Tél: 0522 95 15 99 - Casablanca

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

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA



صحة العيون
للدرا البيضاء

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

Casablanca le : 10-03-22

BON DE REGLEMENT

Reçu de M..... Dr. Dany. Ep. Abali Safia

La somme de : TROIS Cent Dirhams
300.00 DHS

Pour : CONSULTATION

Cachet et signature

Dr A. ZAROURY
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons Oasis - Casa
Tél : 0522 25 71 71 (9) - Fax : 0522 24 47 75
INPE : 051140371

Urgence 24/24