

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 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

- 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.

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° M21- 061475

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183 Société : 128465

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.
- Une autorisation 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.

Facture :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Logique 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.

Ordonnance :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'épicière sont à joindre à la feuille de soins.

Pré-consultation :

- Une autorisation 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.

Prothèses :

- 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.

- Le 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

- Information : contact@mupras.com
- Personne en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : 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.



Declaration de Maladie

N° W21-663640

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HABACHI Mohammed

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : 100 Rue Beahim Nakhla, Hassan el-Vuorai

Casablanca

Tél. : 0661133579 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : Complément conjoint

Nom et prénom du malade : 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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 07/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi c

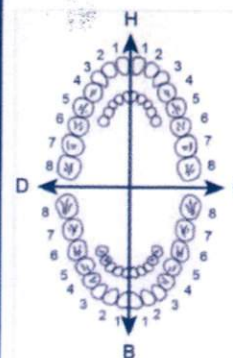
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

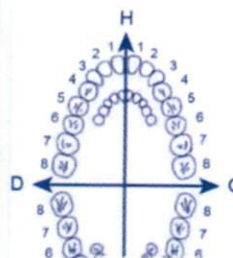
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS



[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.			
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que...			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			INP : [] [] [] []
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	G	
	25533412 21433552 00000000 00000000		
	D	B	
	00000000 00000000 35533411 11433553		
	(Création, remont, adjonction)		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTI



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: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 remboursé	Motif
Pour HACHLAF ZOHRA / 10062218 \ 001CMIM0240M20220317760667										
ML8875247	15/02/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300,00	0.00	255,00	
ML8875247	15/02/2022	ECHO-DOPPLER CARDIAQUE	1	1.00	85.00 %	1 000,00	550,00	0.00	467,50	
ML8875247	15/02/2022	COVERSYL 5 MG (Prix : 145,9 dhs)	3	1.00	85.00 %	276,00	437,70	0.00	234,60	
ML8875247	15/02/2022	TAHOR 10 MG 28 COMPRIME 10 MG (Prix : 79 dhs)	3	1.00	85.00 %	237,00	237,00	0.00	201,45	
ML8875247	15/02/2022	CARDIOASPIRINE 100 MG (Prix : 27,70 dhs)	3	1.00	85.00 %	83,10	83,10	0.00	70,64	
ML8875247	15/02/2022	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	206,70	206,70	0.00	175,70	
						2 102,80			1 404,89	
Total remboursé pour : ZOHRA										

Décompte : 1351886 Date de Paiement : 21/03/2022 Prestation : 1 404,89 DHs

- 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 pros
- Le médecin traitant ainsi que les auxiliaires médicaux doivent renseigner obligatoirement l'Identifiant National du Praticien

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



REFERENCE DOSSIER



* ML8875247 *

DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D: _____

T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : MACHZAF Zola

MATRICULE ASSURE : N° CIN : 1317633

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

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : HACULAS ZOURA
 Nature de la maladie : HTA
 CIM-10 : I10

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	15/02/2022	1 consultation 200 ch			09166973
	15/02/2022	1 consultation 1000 ch			
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 : 02203713M

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
15-02-2022	- Carvedilol 5mg	(03)	92,00	276,00	<p>PHARMACIE LA BRISE</p> <p>38, Rue Abou Abbas AL AZI</p> <p>Madinat - Casablanca</p> <p>Tel : 05 22 98 07 10</p> <p>Fax : 05 22 98 07 10</p>
	- Fludrocortisone LP	(03)	68,90	206,70	
	- Tahor 10 mg	(03)	79,00	237,00	
	- Cardiomagnyl	(03)	27,70	83,10	
	- Mincine				
	TOTAL	(12)	802,80		

OPTIQUE

Code INP :

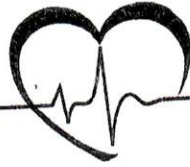
	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

عيادة فحص وتشخيص أمراض القلب والشرابيين

Dr Mohamed Amine LAABI

CARDIOLOGUE
Cardiologie Générale et Interventionnelle



الدكتور محمد أمين لعبي

إختصاصي في أمراض القلب و الشرابيين
و علاج القلب التداخلي

18/02/2022

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

HACIZAF ZOITRA

92,00 d3

1- Coversyl 5mg

1 cp matin

1 cp soir

68,90 d3

2 -

Pludex cp (ou Perdex cp)

1 cp / matin

79,00 d3

3 -

Lochor 10mg

1 cp / soir

17,70 d3

4 -

Cardioaspirine 100mg

1 / matin

T = 802,80

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

DR. J. A. LAABI
RIBH "D" Angle Bd Bir Anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi) 1er étage Quartier Maarif - Casablanca
Tél.: 05 22 99 07 10 - Fax: 05 22 99 07 03

Résidence RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi) 1er étage Quartier Maarif - Casablanca
إقامة ريب «د» زاوية شارع بيرانزان وزنقة قائد الأشر (قرب وكالة انوي) الطابق الأول حي المعارف - الدار البيضاء

Tél : 05 22 99 20 88 - Fax : 05 22 99 20 87 - Urgence : 06 55 12 73 13 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com

N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A REMPLIR PAR L'ASSURE

Assuré N° d'immatriculation

[]

Entreprise

Nom & Prénom :

Bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné

estime que l'état de santé de M

nécessite (1) :

un acte coté à la nomenclature

«préciser coefficient»

une hospitalisation médicale de

«approximatif»

à

«Préciser l'établissement hospitalier»

une cure thermale à

«Préciser la station et la durée»

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL
DE LA CAISSE

SA DECISION

RABATTRE ET COLLER SUR CETTE PARTIE LE PIED DE LA FEUILLE

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

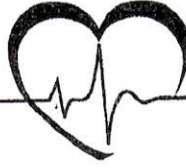
RENSEIGNEMENT SUR LA NATURE DE L'AFFECTION (à fournir au médecin - conseil de la Caisse)

(1) Rayer les mentions inutiles.

Dr. M. EL LABI
CARDIOLOGUE
165, RIBH "D" Angla Gd Bir Anzarane
100, Cald Achnar, la Côté de Agence INWI
Quartier Maârif - Casablanca
Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 88

CACHET DATE ET
SIGNATURE DU
PRATICIEN

Dr Mohamed Amine LAABI



الدكتور محمد أمين لعبي

CARDIOLOGUE

Cardiologie Générale et Interventionnelle

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
و علاج القلب التداخلي

NOM : HACHLAF ZOHRA

DATE: 15/02/2022

NOTE D'HONORAIRES

Consultation et ecg = 300 DH.

Echographie doppler cardiaque= 1000 DH.

:

Total = mille trois cent dirhams.

DR. M. A. LAABI
CARDIOLOGUE
Rés. RIBH "D" Angle Bd Bir Anzarane
Rue Caid Achar, la Côte de Agence INWI,
Quartier Maârif - Casablanca
Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

