

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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'accord 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.

Logie 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 :

La facture du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

L'accord préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de réducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèse :

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

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| Éclamation | : contact@mupras.com |
| Mise 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 de leur personnel.



Déclaration de Maladie

N° W21-663646

131139

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HABIBI Mohamed

Date de naissance :

01-01-1968

Adresse :

100, rue Béchir Nokhi Hacini

Tél. :

061133629 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Conjoint

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Céza Le : 07/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATT

PARTIE RÉSERVÉE A LA CMIM

Traitement ordonné par :

Accord N° : DU

Cotations Actes :

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 - 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.

4 - L'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions Réglementaires.

Décompte N° : | | | | | | | |

VISA

Visa Liquidateur

Visa contrôleur

AVIS DU MEDECIN CONSEIL**RÉFÉRENCE DOSSIER*****0167281939***

الصندوق التعاوني المهني المغربي
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

DEMANDE DE REMBOURSEMENT
FRAIS MÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

TYPE DE DÉCLARATION

Maladie Maternité Optique Hospitalisation Traitements spécia

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ (E)

Matricule CMIM :

20 06 4041

N° CIN :

B 27639

Nom et Prénom :

HACHL AF

2015

Adresse :

100, Rue 3244 N NAVHAI

Ville :

NATHAF CASA / NAROC

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

Nom et Prénom : Lien de parenté :

Date de naissance :

Montant des frais (DHS) : Nombre de pièces Jointes : | |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

Fait à , le Signature de l'assuré (e),

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau :	
CACHET	

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : N° HACHLAF ZOHRA

Date de naissance :

Nature de la maladie :

En cas d'accident
(préciser causes et circonstances)

Nature des prestations

Praticien	Date	Actes et coefficient	Honoraires	Cachet et signature du praticien
Médecin traitant	<u>15/08/22</u>	<u>CaXAC</u>	<u>300,00</u>	<u>Dr. C. ABDELKHIRANE</u> Cardiologue Clinique des spécialités Adnina Angle rues Lahcen el Arouia et Lavidier Tél : 0 522 851 220 - GSM : 0661 14 68 59 <u>INPE 09/10/2022</u>
Analyses et radiographies
Auxiliaires médicaux

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Montant	Observations
15 - 08 - 2022	- corenz 10mg	(04)	142,40	570,80
	- fludesc 1,5g	(64)	68,90	275,60
	- Tabor 10g	(04)	79,00	316,00
	- cardioaspirine	(04)	27,70	110,80
	TOTAL		116,00	1223,20

PHARMACIE LA BRISE

38, rue Abou Anass El Azzi, Maarif ext, Casablanca
Tél : 05 22 990 710 - 05 22 990 703 - 06 19 18 41 01
paralabrise@gmail.com la brise parapharmacie
ICE : 001688166000012 INPE : 092037134

OPTIQUE

Date	Montant	Signature et cachet
.....

PIÈCES JUSTIFICATIVES A JOINDRE

- La présente demande est remplie par le médecin lors de chaque visite et par le pharmacien lors de l'exécution de chaque ordonnance médicale.
- Les ordonnances sur lesquelles doivent être collées les vignettes de produits pharmaceutiques (à défaut joindre la partie de l'emballage portant le prix du produit)
- Les prospectus des produits pharmaceutiques
- Facture de l'opticien
- Prescription des analyses et radio
- Copies des résultats des analyses et comptes rendus des radiographies doivent être joints aux ordonnances transmises.



مصحة الاختصاصات الشفاء
Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Laheen El Arjouni et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Casablanca, le :

Casablanca, 15/08/2022

Docteur :

Mme HACHLAF ZOHRA

- 142,70 (4) 1) COVERSYL 10 mg 1cp/j
68,90 (4) 2) FLUDEX LP 1cp/j
79,00 (4) 3) TAHOR 10 mg 1cp/j
27,70 (4) 4) CARDIOASPIRINE 100 mg 1cp/j

PHARMACIE LA BRISE
38, rue Abou AlAssaïd, Maarif ext. Casablanca
Tél : 05 22 990 710 - 05 22 990 703 - 06 18 184 101
paralabrise@gmail.com - la brise parapharmacie
D.E. C. ABDELKHIRANE
Cardiologue
Clinique des spécialités Achifaa
Angle rues Laheen El Arjouni et Lavoisier
(face Hôpital 20 Août)
Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59

QSP 3 mois

مستعجلات 24/24 URGENCES



RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 07/09/2022
 Num Paiement : 1475540
 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 07/09/2022

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 mutuelle ou assurance	Montant remboursé	Motif rejet
Pour HACHLAF ZOHRA / 10062218 \ 001CMIM0234M20220905051218										
0167281939	15/08/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	200.00	300.00	0.00	170.00	
0167281939	15/08/2022	ECG (electrocardiographie)	1	1.00	85.00 %	100.00	100.00	0.00	85.00	
0167281939	15/08/2022	COVERSYL 10 MG (Prix 248 dhs)	4	1.00	85.00 %	570.80	992.00	0.00	485.18	
0167281939	15/08/2022	FLUDEX LP 1.5 MG (Prix 68.9 dhs)	4	1.00	85.00 %	275.60	275.60	0.00	234.26	
0167281939	15/08/2022	TAHOR 10 MG 28 COMPRIME 10 MG (Prix 79 dhs)	4	1.00	85.00 %	316.00	316.00	0.00	268.60	
0167281939	15/08/2022	CARDIOASPIRINE 100 MG (Prix 27.70 dhs)	4	1.00	85.00 %	110.80	110.80	0.00	94.18	
Total remboursé pour : ZOHRA						1 573,20			1 337,22	

Décompte : 1475540 Date de Paiement : 07/09/2022 Prestation : 1 337,22 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)