

# 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'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Consultation :

- Une autorisation préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- 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

- Déclaration : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Facture en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 663642

131137

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e) : .....

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Mohammed

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : 100 Rue Ibrahim Nakhisi Maarif

Tél. : 0661133679 Total des frais engagés : .....

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : Complémentaire 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 : Casablanca Le : 19/09/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## 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



## DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

REFERENCE DOSSIER



\* ML8938746 \*

(Réservée à la CMIM)

D: \_\_\_\_\_

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

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : HACHRAF Fala

MATRICULE ASSURE : 200640411 N° CIN : B27639

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : HACHRAF Fala Lien de parenté : \_\_\_\_\_

MATRICULE BENEFICIAIRE : \_\_\_\_\_

Date de naissance : 14/10/51



Montant des frais (DHS) : 8900,- 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](http://www.cmim.ma)

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture	13/06/2022	1200,- DHS	
Verres ou lentilles	13/06/2022	5200,- DHS	

Angle Rue du Prince Moulay Abdellah et 3, Rue Cherif Arzouane (face hôtel Paris) 3<sup>ème</sup> étage Casablanca 20



### RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 22/08/2022  
 Num Paiement : 1463946  
 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 : 22/08/2022

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 HACHLAF ZOHRA / 10062218 \ 001CMIM0305R20220815020451										
ML8938746	10/06/2022	VERRES	2	1.00	85.00 %	5 400,00	3824.00	0.00	3 250,40	
Total remboursé pour : ZOHRA						5 400,00			3 250,40	

**Décompte : 1463946 Date de Paiement : 22/08/2022 Prestation : 3 250,40 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)

# OPTIQUE EL FATH

Le:13/06/2022

Facture N°F2002280

Mme HACHLAF Zahra

Quantité	Désignations	Prix Unitaire TTC	Prix Global TTC
1	Monture Optique	1200.00	1200.00
2	Verres correcteurs organiques progressifs anti- reflets  OD : -0.25(-0.25à160°) OG : +0.50(-0.50à160°)  Add : +2.50	2700.00	5400.00
			6600.00DHS

Modalité paiement :Espèce

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Six mille six cent dirhams.

INPE :001819152

OPTIQUE EL FATH  
Bd. Moudibokita Bloc "J" N°83  
Payée : 36616616  
CASABLANCA

Siège Social: BD.MOUDIBOKEITA, BLOC « J » N°83 CASABLANCA  
R.C : 377480- Taxe Professionnelle: 36616616 – I.F : 40178251 ICE : 0008056000089