

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 soins.
- 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

- 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-764925

137776

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prenom :

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 :

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.

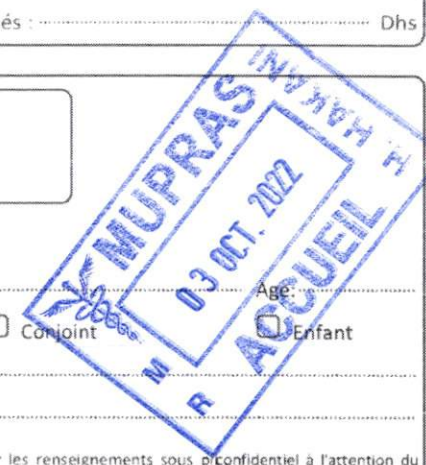
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 03 / 10 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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 (1)

Nom et Prénom : EL RHODAI BI HASSAN

MATRICULE ASSURE : 140054198

N° CIN : 84943

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : EL RHODAI BI HASSAN

Lien de parenté : Ma mère

MATRICULE BENEFICIAIRE : _____

Date de naissance : 10/10/1947

Montant des frais (DHS): 5208,10

Nombre de pièces jointes : 12/14

(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

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : EL RHODAIBI HASSAN
 Nature de la maladie (4) : Samuel de VL + VP
 CIM-10 :

(4) À fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CHAM)

NATURE DES PRESTATIONS

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantités et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Médecin traitant *** Nature d'acte à préciser	23/05/2022				092041805
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: 092041805

Date (4) début Traitement	Date (4) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
23/05/2022		Larmabak	2	54.10	
TOTAL			2	108.20	

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

OPTIQUE (4)

Code INPE: 092041805

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture	18/06/2022	4700 DH	
Verres ou Lentilles			

(4) - 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 détail.

RELEVÉ DES PRESTATIONS		 الصندوق التعاوني المهني المغربي Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine	
Date de paiement : 18/07/2022 Num Paiement : 1438673 Assuré : EL RHODAIBI HASSAN N° d'immatriculation : 10054129 Mode de règlement : Virement		EL RHODAIBI HASSAN (BANK OF AFRICA) AUC EL OULFA MAROC	
Emis à Casablanca le : 09/09/2022			Page : 1

Nous avons le plaisir de vous informer ci-dessous des règlements effectués en votre faveur.

N° dossier	Date de soins	Actes	Qte	Coef	Taux de Remboursement	Dépenses	Base de remboursement	Remboursement autre mutuelle ou assurance	Montant remboursé	Motif rejet
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0208M20220708960726										
ML3106762	23/05/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1,00	85.00	300,00	300,00	0,00	255,00	
ML3106762	23/05/2022	Forfait larmes artificielles	1	1,00	85.00	108,20	108,20	0,00	91,97	
ML3106762	23/05/2022	VERRES	2	1,00	85.00	3 500,00	3 824,00	0,00	2 975,00	
ML3106762	23/05/2022	MONTURE	1	1,00	600.00	1 200,00	1 200,00	0,00	600,00	
Total remboursé pour HASSAN						5 108,20			3 921,97	
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0310M20220708960163										
ML3106761	06/05/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1,00	85.00	300,00	300,00	0,00	255,00	
ML3106761	06/05/2022	PHARMACIE NON REMB	1	1,00		1 185,00	1 185,00	0,00	0,00	Acte Non Remboursable para
ML3106761	06/05/2022	PHARMACIE	1	1,00	85.00	179,00	179,00	0,00	152,15	
Total remboursé pour HASSAN						1 664,00			407,15	
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0344M20220712961751										
DT108011	09/06/2022	Détatrage haut	1	12,00	21.25	300,00	0	0,00	255,00	
DT108011	09/06/2022	Détatrage bas	1	12,00	21.25	300,00	0	0,00	255,00	
Total remboursé pour HASSAN						600,00			510,00	
Total général remboursé									4 839,12	

CODE INP (Obligatoire): <u>094013 058</u>		<input type="checkbox"/> Devis		Etabli le	
(Identifiant National du Praticien)		<input checked="" type="checkbox"/> Exécution		Etabli le <u>09.06.22</u>	

Date	N° dent traitée	Nature intervention	Coef. travaux	Honoraires	
09.06.22	Delachy	Surfacing	D ₂₅	600,00	
Total des honoraires				600,00	

CODE INP (Obligatoire) :

(Identifiant National du Praticien)

☐ Devis Etabli le

☐ Exécution Etabli le

[illegible][illegible]Code INP (Obligatoire) :

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
*****	*****	*****	*****	*****	*****
*****	*****	*****	*****	*****	*****
*****	*****	*****	*****	*****	*****
*****	*****	*****	*****	*****	*****
*****	*****	*****	*****	*****	*****
	TOTAL			*****	

Cadre réservé à la CMIM
(Décision du dentiste conseil)

Devis / signature et cachet et du praticien

Facture / signature et cachet et du
praticien attestant l'exécution et le
paiement des travaux

Ne pourront être remboursés qu'après accord de la caisse :

- Les prothèses dentaires (Les prothèses esthétiques ne sont pas remboursables)
- Les traitements d'orthopédie faciale (ODF) :
 - Doit être commencé avant le quatorzième anniversaire
 - Le praticien traitant doit préciser la nature des malformations à corriger et indiquer la durée approximative du traitement

1. La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les 3 mois qui suivent la date de fin des travaux.
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. La présente demande est remplie par le médecin lors de chaque visite et par le pharmacien lors de l'exécution de chaque ordonnance médicale
4. Les ordonnances sur lesquelles doivent être collées les codes-barres des produits pharmaceutiques (à défaut joindre la partie de l'emballage portant le prix des produits) et les prospectus
5. 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.

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

REFERENCE DOSSIER



* DT108011 *

(Réservée à la CMIM)

D

T

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : El Khochi H A 488 MW

MATRICULE ASSURE : 10054129 N° CIN : 820407

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : Elkhaz/ain HASSAN Lien de parenté :

MATRICULE BENEFICIAIRE : | | | | |

Date de naissance : 05 05 67

Montant des frais (DHS) : 600,00 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

Laser



وعلم التجميل و الليزر

Casablanca, le :

06 MAI 2022

elle FL Rhododendron fatuina

Falva

Sei

$$4000 \times 2$$


PHARMACIE ELLOTE
Mme. BENJELLOUN NEAMA
313, Bd. Oued Tensift El Gharbi
Casablanca Tél. 022.9.00.23

[Handwritten signature]

mis 1812 x 20
1812 x 1

ms 1513 x 1ma

139.00

201

A circular cell with a large, dark, irregularly shaped nucleus. A thin, dark line points from the nucleus towards the top right corner of the image.

Self sufficient Docracy
Le mat: x 1g.

1512 x 20

AS/3 x min

452. عبد المؤمن سفتور زاي: أباوال عبد المؤمن شقيقه رقم 208 الطابق الثاني فوق بربوش دوري - الهاتف 0522 86 22 20 - النقال 0661 50 63 99 - الفاكس 0522 86 53 73

452, Abdelmoumen Center, Angle Anoual-abdelmoumen, Appt. N°208, 2ème étage au dessus de la brioche dorée

Tél: 0522 86 22 20 - 0522 86 22 17 / GSM : 0661 50 63 99 / Fax : 0522 86 53 73

E-mail : zouhair.Kawtar@gmail.com : البريد الإلكتروني :

3el Neo xidi f
20700 6 jmlu 1512

4el
44400 p miphane spray
10 jmlu 1512

5e
21050 E Cophane spray
Gortibier
40 is 1 sem

14500
6el Cophane gel

9900 1 gel leuat x
2 min
200 mg
1 cp le sar
x 8 mas

HARMACIE - EL LOTF
MTC. BENJELLOUN NEAMA
313, Bd. Oued Tensift, El Oulfa
Assistance - Tel. 022.91.00.23

~~DR. ZOUHAIR KAVTAR~~
~~EL LOTF~~
~~WAMA~~
~~313, Bd. Oued Tensift, El Oulfa~~
~~Assistance - Tel. 022.91.00.23~~

VOTRE PHARMACIEN.
EN CAS DE DOULEUR, IL EST INDISPENSABLE
- Affection dermatologique ou autre traitement
• Sujets de moins de 18 ans ou de plus de 65 ans
• Allergie connue au minoxidil, au propylène glycol
Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ d
CONTRE-INDICATIONS
Alopécie androgénétique d'intensité mo
Ce médicament peut favoriser la pousse
INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES
Corfret de 1 flacon
Flacons pulvérisateurs de 80 ml avec pompe doseuse
PRESENTATIONS
yléneglyco

LOT: 0031/EXP: DEC 2024
PPV: 247,00 DH
NEOXIDIL
MINOXIDIL



GlaxoSmithKline Maroc
Atn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 40,00 DH
ID: 046183
118000 161301

NOTICE : INFORMATION D
Dermov
Propionate de cl

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser les informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il peut leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DERMOVAL, gel et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser DERMOVAL, gel ?
3. Comment utiliser DERMOVAL, gel ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DERMOVAL, gel ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE DERMOVAL, gel ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
Classe pharmacothérapeutique : corticostéroïde d'activité locale.
Ce médicament contient du propionate de clobétasol qui est destiné à une application cutanée. DERMOVAL, gel est utilisé pour le traitement des démangeaisons et des rougeurs liées à certains problèmes du cuir chevelu tel que le psoriasis (souvent recouvertes de squames brillantes) ou la dermatite séborrhéique (pellicules).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE ?
N'utilisez jamais DERMOVAL, gel dans les cas suivants :
- si vous êtes allergique à la substance active, le propionate de clobétasol.

GlaxoSmithKline Maroc
Atn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 40,00 DH
ID: 046183
118000 161301

NOTICE : INFORMATION D
Dermo
Propionate de c

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser les informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il peut leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DERMOVAL, gel et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser DERMOVAL, gel ?
3. Comment utiliser DERMOVAL, gel ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DERMOVAL, gel ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE DERMOVAL, gel ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
Classe pharmacothérapeutique : corticostéroïde d'activité locale.
Ce médicament contient du propionate de clobétasol qui est destiné à une application cutanée. DERMOVAL, gel est utilisé pour le traitement des démangeaisons et des rougeurs liées à certains problèmes du cuir chevelu tel que le psoriasis (souvent recouvertes de squames brillantes) ou la dermatite séborrhéique (pellicules).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE ?
N'utilisez jamais DERMOVAL, gel dans les cas suivants :
- si vous êtes allergique à la substance active, le propionate de clobétasol.

LOT
Prix
99,00

Ma
Mag
SANS SUCRE

COMPOSITION

Oxyde de magnésium d'origine naturelle
Soit un apport en magnésium élémentaire de 300 mg
Vitamine B6

PROPRIÉTÉS

Le magnésium est indispensable pour le bon fonctionnement des muscles et des différents organes.
MAGMINE à base de 300 mg de magnésium élémentaire par jour couvre les besoins quotidiens.

- Effort physique intense
- Crampes et tensions musculaires

Importateur Exclusif
BIOCOCODEX MAROC
S.P. 126 Nouaceur
www.biocodex.ma
P.P.C.: 145,00 DH
Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament
N° DA2018050245DMR/200CA/MA v4

Lér
LA
EXPERT EN NUTR

Le Laboratoire Léro existe depuis 30 ans. Depuis toujours, nous ne cessons d'améliorer nos connaissances scientifiques.

Pour assurer à nos compléments alimentaires la meilleure performance, nous collaborons avec les meilleurs chercheurs.

Tous nos ingrédients répondent aux exigences les plus strictes. Pour un apport en oméga-3, nous sélectionnons des poissons sauvages des mers froides dont la teneur en oméga-3 est naturellement élevée.

Tous ces éléments ainsi que le choix de nos compléments alimentaires (une facilité d'absorption par notre organisme) et une biodisponibilité élevée (une facilité d'absorption par rapport à la quantité administrée).

Nous sommes heureux de vous accompagner dans votre approche de la santé.

Vous souhaitez plus d'informations ou suivre notre actualité, retrouvez-nous sur nos réseaux sociaux.



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



* M L 3 1 0 6 7 6 1 *

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E) (1)

Nom et Prénom : HASSAN EL KHAYAT
 MATRICULE ASSURE : 160541429 N° CIN : 8584943

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : FATMA ZAHRA EL KHAYAT Lien de parenté : filie
 MATRICULE BENEFICIAIRE : 1111111111
 Date de naissance : 15/08/08
 Montant des frais (DHS) : 1664,00 Nombre de pièces jointes : 05

(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

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

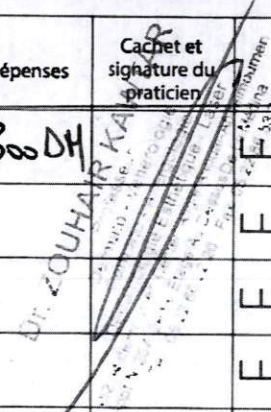
Nom et prénom du malade : El Rhabib FAHA ZAHOU

Nature de la maladie (s) : Dermatose

CIM-10 :

(s) A fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CHIM)

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	6/5/22	C.S	300DH		_____
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 (s)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires					_____
médicaux					_____

(s) - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie...)
- Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: 092025014

Date début Traitement	Date fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
		Dermovul	2	4000	80,00
		Gel Rebufur		13900	
		Neoxidol		24700	
		Pumphi		11600	
		Kropluy 84		2100	
		Leuphaur		11500	
		Maquins		3900	
TOTAL				1364,00	21050

(s) Dates à préciser selon la quantité des médicaments posés

OPTIQUE

Code INPE: _____

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(s) - 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.



نظارات اسلام
LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA
Casablanca
RC Casa 264242 - Patente : 30011275
ICE : 002212845000044
IF : 30011276 - INP : 33610708

Facture 0004360

Casablanca, le 18/06/2022

M. EL RAHODAIRI HASSAN Doit

Nature des Verres	Vision de loin	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
progrès ou AP	OD OG	OD OG	OD OG	OD OG
Monture	Métal	Plastique		
V.L. : - OD	(-0.10 97)			1200,00
- OG	(-0.10 76)			1250,00
V.P. : - OD				1250,00
- OG				
ADD. : +1.75				
TOTAL				4700,00

Arrêtée la présente facture à la somme de Sept cents Dirhams

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Laser - Angiographie
Contactologie
Strabologie

الطبيبة بوقسيم مليكة

طب العيون

بلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية
إختصاصية في أمراض و جراحة "العيون"
اللايزر....

Casa le : 23 Mai 2022

Mr. ELRHODAIBI Hassan

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets

VL :
Lunette Islam
184, Rue des Anglais
CASABLANCA

OD = (- 0.50 à 97°)

OG = (- 0.50 à 76°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 1.75

54.10 x 2

LARMABAK: collyre

1 goutte 3 fois/jour et à la demande, les deux yeux, 1 Mois

108.20
Pharmacie Massira Hassaniana
Dr. Faïza HAOUZIR
Lot Massira Hassaniana Rue 6 - Oulfa
Casablanca - Tél : 05 22 89 57 77

Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Immeuble 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 91 41 11