

## 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 solo.
- 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

Complément



## Déclaration de Maladie

N° W21-764925

N372726

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule :	10456	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prenom : EL ATRAOUI SETTY		
Date de naissance : 26/07/1975		
Adresse :		
Télé. :	Total des frais engagés : Dhs	

**Autorisation CNPD N° : AA-215/2019**

Cachet du médecin :		
Date de consultation :	/ /	
Nom et prénom du malade :	Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> 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 : 03/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

#### 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



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT  
FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES**

## REFERENCE DOSSIER

(Réservée à la CMIM)

R: \_\_\_\_\_

T:

A standard linear barcode is positioned horizontally across the page, consisting of vertical black bars of varying widths on a white background.

\* M L 3 1 0 6 7 6 2 \*

59446

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ (E)**

Nom et Prénom : EL SPICER

MATRICULE ASSURE : 10034113 N° CIN : 000457

### BENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE 0

Nom et Prénom : FATIMA BI HAM Lien de parenté : Mme mame

MATRICULE BENEFICIAIRE :

Date de naissance : 08 05 6

Montant des frais (DHS): **5208,60** Nombre de pièces jointes : **014**

Montant des frais (DHS): ..... 520,60 ..... Nombre de pièces jointes : 014

(\*) L'exactitude et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.

#### PENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHEBENT

## BENÉFICES CONCERNANT L'ADHÉRENT

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](http://www.cmim.ma)

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : FIKRIBAIBI HASSAN

Nature de la maladie : Leucémie de V L + VP

CIM-10:.....

(\*) À fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée faire cette demande

## NATURE DES PRÉSTATIONS

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantités et coefficient	Montant des dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Médecin traitant +++ Nature d'acte à préciser	23/05/2022		500 DT	DR. GOURGOURI Date : 05-2022 Signature : DR. GOURGOURI	91165163
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 <sup>4)</sup>	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

(v)<sup>1</sup> - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...).  
- Accord préalable obligatoire

## FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE:  INPE

INPE

092041805

Date (1) début Traitement	Date (2) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
23/05/2022		farmabak	2	54.10	
					<p style="text-align: right;">Pharmacie Massira Hassan Dr.Lata HAOUZIR Loi Massira Hassan Rue 6 - O. Casablanca - Tel: 05 22 85 55 55</p>

OPTIONAL

Code INPE: 111111111

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture	18/06/88	4700 D.F.	Lunette à plan Rue des Anglais 184, CASABLANCA
Verres ou Lentilles			

(\*)<sup>3</sup>- 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 décalage.

**RELEVE DES PRESTATIONS**

**الصندوق التأميني 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
<b>Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0208M20220708960726</b>										
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	
<b>Total remboursé pour HASSAN</b>						5 108,20			3 921,97	
<b>Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0310M20220708960163</b>										
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	
<b>Total remboursé pour HASSAN</b>						1 664,00			407,15	
<b>Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0344M20220712961751</b>										
DT108011	09/06/2022	Détartrage haut	1	12,00	21.25	300,00	0	0,00	255,00	
DT108011	09/06/2022	Détartrage bas	1	12,00	21.25	300,00	0	0,00	255,00	
<b>Total remboursé pour HASSAN</b>						600,00			510,00	
<b>Total général remboursé</b>									4 839,12	

#### **SOINS DENTAIRES**

Cadre réservé à la CMIM

**Devis / signature et cachet et du**

Facture / signature et celle du praticien attestant l'exécution de le placement des travaux Dr. Nabil Saffin Chirurgien Vasmia - 2 Bd. A.M.U.A N°132 C.M.E de R. T.M. CASABLANCA 0622524067

#### ~~FRAIS PHARMACIE MOHES~~

Code INP (Obligatoire) :

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
<b>TOTAL</b>				.....	

## **PROTHESES DENTAIRES / TRAITEMENT ODF**

**CODE INP (Obligatoire) :** \_\_\_\_\_  **Devis** Etabli le .....

(Identifiant National du Praticien)

**Exécution** Etabli le .....

Prothèses Dentaires

## Traitement ODE

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

## CONDITIONS GENERALES D'ATTRIBUTIONS

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

## QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOINS

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.

## 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 SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

(Réservée à la CMIM)

D :

T :



\* DT108011 \*

59446

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : Z. Elhasri fi Hassam

MATRICULE ASSURE : 10054129 N° CIN : 8584943

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : Z. Elhasri fi Hassam Lien de parenté : .....

MATRICULE BENEFICIAIRE : 10054129

Date de naissance : 05/05/67

Montant des frais (DHS) : 600,00 Nombre de pièces jointes : 1

### 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)

Professeur ZOUHAIR Kawtar

Dermatologie -Vénérologie

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthétique

Laser



الدكتورة زهير كوثر

اختصاصية في الأمراض

الجلدية و التناسلية الحساسية

وعلم التجميل والليزر

06 MAI 2022

Casablanca, le :

Quelle EL Rhoudaibi fatima

Zalra

Sel De moulal Sel

40.00 x 2

Quelle Sav x 1g

Pris 1S12 x 20

Pris 1S13 x 1max

139.00  
Sel moulal De cray

De moulal x 1g

Pris 1S12 x 20

Pris 1S13 x 1min

0522 86 53 73 - 0522 86 22 17 - 0522 86 22 20 - التلفاـن 0661 50 63 99 - المـاكس 452

452, Abdelmoumen Center, Ahlal 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

36 Nee xidi l  
2010 6 juillet 1512

46 unimphane Spray  
unim 1512

2050 1 Ecophane Bleu pâle  
Portefeuille  
el ou l'sur

1450 6 Léophaene ref

2066 1 sel de mat x

~~13645~~ Raf mè 300 ml x 2 min  
DR. ZUHAB KAWTAR

1 cp le sav x 8 mas

MARMACIÉ ELLOTE  
MTC. BENJELLOU " NEAMA  
313 Bld. Oued Tensift, El Oulfa  
Algérie. Tel: 022-91.00.23

VOTRE PHARMACIEN.  
 EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE  
 Avertissement détaillé du produit au plus de 60 DH  
 Sujets de moins de 18 ans ou de plus de 60 ans  
 Allergie connue au minoxidil, au propionate de cl  
 Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ si  
 CONTRÉ-INDICATIONS  
 INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES  
 Coffret de 1 flacon  
 Flacons pulvérisateurs de 80 ml avec pompe doser  
 PRÉSENTATIONS  
 Ylenglyco

MINOXIDIL  
NEOXIDIL



Prix 64400  
Lotion pour cheveux  
Lotion for hair

GlaxoSmithKline Maroc  
 Aïn El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 40,00 DH  
 ID: 64825  
 6 118000 161301

NOTICE : INFORMATION

**Dermov**  
Propionate de cl

PER  
LOT  
Prix  
99,00

Ma

Mag

SANS SUIC

#### COMPOSITION

Oxyde de magnésium d'origine :  
Soit un apport en magnésium élé  
Vitamine B6

#### PROPRIÉTÉS

Le magnésium est indispensable  
muscles et des différentes  
MAGMINE à base de 300 mg d  
les besoins quotidiens

- Effort physique intense
- Crampes et tensions muscula

Importateur Exclusif  
 BIOCODEX MAROC  
 B.P 126 Nourcier  
 www.biocodex.me  
 P.P.C.: 145,00 DH  
 1722502  
 Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament  
 N° DA2018050245DMP/20UCA/MA W

Lér  
LA  
EXPERT EN NUTR

GlaxoSmithKline Maroc  
 Aïn El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 40,00 DH  
 ID: 64825  
 6 118000 161301

NOTICE : INFORMATION  
**Dermo**  
Propionate c

#### Veuillez lire attentivement cette notice avant informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la re
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre méde
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Il
- leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, par
- s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pa

#### Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DERMOVAL, gel et dans quels cas est-il
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser
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 QU

Classe pharmacothérapeutique : corticostéroïde d'activité Ce médicament contient du propionate de clobétasol destiné à une application cutanée. DERMOVAL, gel est utilisées à certains problèmes du cuir chevelu tel que le psoriasis (souvent recouvertes de squames brillantes) ou la derme chevelu (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.

Le Laboratoire Léro existe depuis 30 ans.

Depuis toujours, nous ne cessons d'améliorer  
des connaissances scientifiques.

Pour assurer à nos compléments alimentaires une performance, nous collaborons avec les recherches.

Tous nos ingrédients répondent aux exigences

Pour un apport en oméga-3, nous sélectionnons  
sauvages des mers froides dont la teneur naturellement élevée.

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

**Nous sommes heureux de  
notre approche de la**

Vous souhaitez plus d'informations  
ou suivre notre actualité, retrouvez

## 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 \*

59446

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : HASSAN EL HADJ BACHIR

MATRICULE ASSURE : 160514142K9 N° CIN : 8284943

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : FATIMA ZAHRA EL RHOUDIFI lien de parenté : fille

MATRICULE BENEFICIAIRE : 1150808

Date de naissance : 11/08/08 Montant des frais (DHS) : 1664,00 Nombre de pièces jointes : 08

(\*) 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](http://www.cmim.ma)

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : EKHNASHIÉ, FAIMA ZAHIA

Nature de la maladie ( ): Dermite

CIM-10:.....

(\*) À fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CMMI)

## NATURE DES PRÉSTATIONS

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	~	300 DH	DR ZOUHAR KA	
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 (v) <sup>1</sup>	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

(e)<sup>1</sup> - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...)

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: L11INPE1

Date de début Traitement	fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
		Dermovul.	1	16000	16000
		Gel Rebuflur	1	13900	13900
		Neozidol	1	24700	24700
		Purphili	1	11600	11600
		Ecophyll 844	1	21050	21050
		Hegamek	1	11500	11500
		Magnium	1	19000	19000
<b>HARMALIE EL LOTF</b>		TOTAL		<b>13611,50</b>	
Mme BENJELLOUN					

(\*)<sup>2</sup> Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE

Code INPE: LLL

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(e)<sup>j</sup>- 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 إسلام  
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 RAHODAIBI HASSAN Doit

Nature des Verres	Vision de loin	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
Principale Owa HR	OD OG	OD OG	OD OG	OD OG
Monture	Métal	Plastique		1200,-
V.L. : - OD..... - OG.....	(+0.97) (+0.76)			1250,-
V.P. : - OD..... - OG.....				1250,-
ADD. / +1.75				
TOTAL.....	Lunette Islam 184, Rue des Anglais JADIDA			4760,-

Arrêtez la présente facture à la somme de Quatre mille  
Sept cents Dirhams

**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

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

**الدكتورة بوعسيم مليكة**

طب العيون

بلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية  
اختصاصية في أمراض و جراحة "عيون"  
الليزر....

Casa le : **23 Mai 2022**

**Mr. ELRHODAIBI Hassan**

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

VL 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 Hassania  
Dr. Faïza HAOUZIR  
Lot Massira Hassania 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