

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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° W21-764937

13/12/22



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10452

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AYRAOUI SETH

Date de naissance : 26/07/1955

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 : CASA

Le : 03/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

## RELEVE DES PRESTATIONS



المثنون التعاوني المهني المغربي

Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

Date de paiement : 28/09/2022

Num Paiement : 1489821

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 : 30/09/2022

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 FATIMA ZAHRA /30054132 \001CMIM0280M20220926084872</b>										
ML9000855	26/07/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1,00	85,00	250,00	300,00	0,00	212,50	
ML9000855	26/07/2022	PHARMACIE	1	1,00	85,00	403,70	403,70	0,00	343,15	
ML9000855	26/07/2022	PHARMACIE NON REMB	1	1,00		69,50	69,50	0,00	0,00	OBSERVATION// PHARMACIE NR
<b>Total remboursé pour FATIMA ZAHRA</b>						723,20			555,65	
<b>Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0348M20220926085554</b>										
ML8828675	23/06/2022	PCR COVID-19 (positif)	1	1,00	85,00	400,00	587,00	0,00	340,00	
ML8828675	23/06/2022	PHARMACIE	1	1,00	85,00	339,50	339,50	0,00	288,58	
<b>Total remboursé pour HASSAN</b>						739,50			628,58	
<b>Total général remboursé</b>										
<b>1 184,23</b>										

## 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.

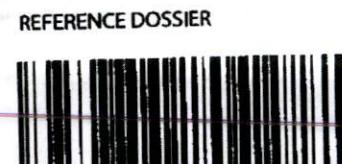
Peuvent seuls, dans la limite de leurs attributions respectives, être destinataires de ces informations: le personnel de la CMIM, les médecins conseil, les affiliés, le souscripteur, les praticiens conventionnés, le dispositif de contrôle externe et les organes de règlement du secteur en cas de besoin.

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



\* ML9000855 \*

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

39446

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : EL AHDOUNI HASSAN  
 MATRICULE ASSURE : 101954129 N° CIN : 8084943

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : EL AHDOUNI HASSAN  
 MATRICULE BENEFICIAIRE : 1150841  
 Date de naissance : 22/01/1974  
 Montant des frais (DHS) : 723,20 Nombre de pièces jointes : 017

### 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)

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : ERANOSUBI Istan  
Nature de la maladie : Hypertension Atherosclerose  
CIM-10 : .....

## Nature des prestations

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, DialysePsychothérapie..)

#### FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INP:

INPE  
2025014

OPTIQUE

13-14 ELC 15

**PHARMACIE EL LOTT**  
Mme BENJELLOUN NEAMA  
313, Bd. Quad Yedidit El Daff  
Casablanca

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			



Sesapenl. (P.N)

65,00

28 Décembre

écrivain

- Cr. a whex.

69,50 88 F

T = 413,20



PHARMACIE EL LOTFI  
Mme. BENELLOUN NEAMA  
13, Bd. Oued Taha, Sétif, Algérie

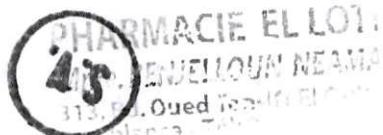
Docteur LAKHMIKI-TABET Najiba  
Médecine Générale  
135, AV. Oued Ziz - Hay El Dufra  
(Derrière Station Total)  
CASABLANCA 02  
Tél. : Cab. : 212 522 905 168  
ICE : 001621801000083

الدكتورة الخميري ثابت نجيبة  
الطب العام  
135، شارع واد زيز حي الاولفة  
وراء محطة طوطال  
دار البيضاء 02  
الهاتف : العيادة : 212 522 905 168

Casablanca, le : 29 Juil 2022

Nelle facture suivante  
PP RHOSAIS.

Gf-Ken 252  
170,00 → CH 21



Bebofum 60.  
45,50 → CH



Nelalpifl 80. mg.  
35,40 → CH 21



Vit succinyl F.  
23,80 → CH 21



## 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 MÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D:

T:



\* ML8828675 \*

594646

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : El HADDOUKI Hassoun

MATRICULE ASSURE : 1100514189 N° CIN : 4084943

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

Nom et Prénom : El Haddouki Hassoun lien de parenté : 11

MATRICULE BÉNÉFICIAIRE :                   

Date de naissance :                   

Montant des frais (DHS) : 789,80 Nombre de pièces jointes : 112

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

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)

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade :	<i>Ef Rhodabi Hayan</i>
Nature de la maladie :	<i>Bronchite aigre</i>
CIM-10 :	

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	23/06/22	6	<i>gwt</i>	<i>DR H. EL MOSTAFI Délégué au HAY HASSANI INPE: 111052916 Casablanca</i>	
Radiographie					
Analyses	23/06/22	PCR	400dh	<i>LABORATOIRE NATIONAL DE REFERENCE</i> <i>01010161862</i>	

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, DialysePsychothérapie..)

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INP : *092025014*

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
23/06/22	Acyclovir 2.	2	6600		
	Bevasert 2	2	4080		
	Solipress 18	18	1460		
	Cite 1	1	2650		
	Dewar 2	2	4960		
	TOTAL		33850		

OPTIQUE

Code INP : *092025014*

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			





MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT  
HAY HASSANI  
CHP HAY HASSANI

Ordonnance

Casablanca, 23/06/22....

El Rhoda Dr. Hassani

① Azygumine 500

660 mg 1 b  
x 2 / 1 b

② Zimel 500 mg

400 mg 1 p 2 / 1

③ Doliphen 500 mg

1400 mg 1 p + 3 / 1

④ Cetac 500 mg

2600 mg 1 p + 2 / 1

⑤ Cetac 500 mg

1400 mg 1 p 1150 mg

Docteur EL ONK El Mostafa  
Délégation Hay Hassani  
INPE: 111052916  
Casablanca

110, Bd.BOUCHAIB REDDAD et Bd.OUED SEBBOU - Casablanca  
Tél.: 05 22 90 76 56. Fax : 05 22 89 05 54

*Spécialités*

Cytogénétique  
Biologie moléculaire  
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire  
Biologie médicale  
Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 22F0000276

Date de naissance : 05/05/1967

Sexe : M

Date de l'examen : 23/06/2022

Prélevé le : 23/06/2022 à 12:48

Édité le : 23/06/2022 à 21:07

Mr EL RHODAIBI HASSAN

Dossier N° : C22060620



## DÉPISTAGE ET SUIVI DE LA COVID-19

### BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

(Recherche qualitative de l'ARN du SARS-CoV-2, PCR en temps réel)

Nature du prélèvement	:	Ecouvillon nasopharyngé
CONCLUSION	:	ARN viral du SARS-CoV-2 négatif.

LABORATOIRE NATIONAL  
DE REFERENCE

Le 23/06/2022 à 21:07

Signature

OUSTI Fadwa



Hab. la Chetich Khalifa Ben Zaid  
Médical Biologiste

### Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma  
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

Spécialités

Cytogénétique  
Biologie moléculaire  
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire  
Biologie médicale  
Anatomie pathologique

## FACTURE N° : 5224 / 22

Dossier réalisé le : 23/06/22 12:51

A l'attention de : Mr EL RHODAIBI HASSAN

Identifiant du patient : 22F0000276

### Analyses :

COVID-19 - PCR

B 400 400,00 DHS

Total dossier : 400,00 DH

Arrêté la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

LABORATOIRE NATIONAL  
DE RÉFÉRENCE



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT  
HAY HASSANI  
CHP HAY HASSANI

Ordonnance

Casablanca, 23/06/22.

El Rhodaibi Hassan

PCR Covid19

P.D.  
LABORATOIRE NATIONAL  
DE RÉFÉRENCE

Docteur EL ONK El Mostafa  
Délégation Hay Hassani  
INPE: 111052916  
Casablanca

---

110, Bd.BOUCHAIB REDDAD et Bd.OUED SEBBOU - Casablanca  
Tél: 05 22 90 76 56. Fax : 05 22 89 05 54

---