

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 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.

Complément



Déclaration de Maladie

N° W21-764957

13A785

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 10452	Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ELAY RAOUI SOTTY		
Date de naissance : 26/07/1935		
Adresse :		
Tél. : Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

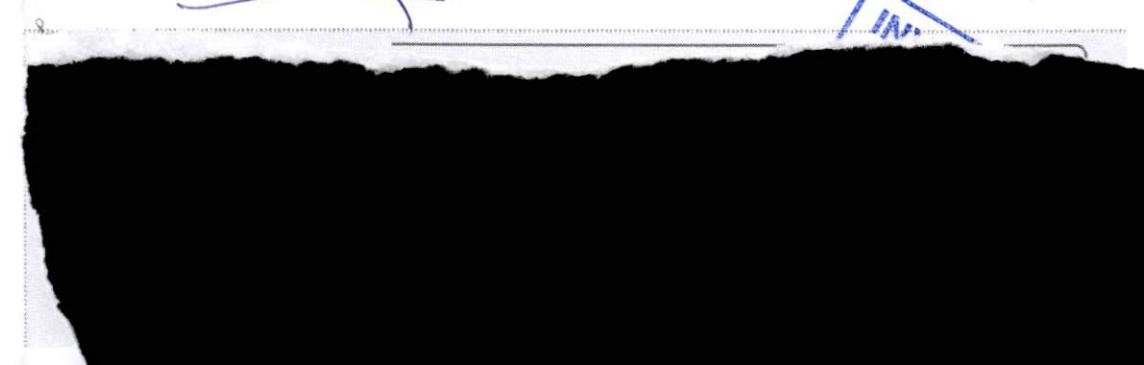
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans 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 : CASA Le : 03/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

IN



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)

D: _____

T: _____



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : D. Rhabibi HASSAN | MATRICULE ASSURE : 1408514112191 | N° CIN : BE 84 943

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

Nom et Prénom : D. Rhabibi HASSAN | Lien de parenté : M | MATRICULE BÉNÉFICIAIRE : 1408514112191 | Date de naissance : 01/01/1961

Montant des frais (DHS) : 6000,00 | Nombre de pièces jointes : 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 : A. El Khoutali Hassan
Nature de la maladie (✓) : DMD + ptosis
CIM-10 :

(e) À fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site [GAMMAQ.ca](http://www.GAMMAQ.ca))

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	6/12/2022	6/12/2022	Dr. MASTOUR # HCP L. Casablanca	DR MASTOUR # HCP L. Casablanca	03.10.13.22
Radiographie +++ Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios,...)	07-07-22	ech 609	DR MASTOUR # HCP L. Casablanca	DR MASTOUR # HCP L. Casablanca	03.10.13.22
+++ Déclaration des circonstances du traumatisme si c'est le cas					
Analyses +++ Demande d'accord préalable est obligatoire pour tout bilan journal et spécifique					

Praticien	Date début et fin de soins (a)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

(a) **1** - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...)

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: 11111111

Date (1) début Traitement	Date (2) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
TOTAL			

(v) ² Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE (1)

Code INPE: 1111111111

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(e) 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 débit.

RELEVE DES PRESTATIONS

الصندوق التألفي المهني المغربي
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine
Date de paiement : 22/08/2022

Num Paiement : 1463605

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 rembourse	Motif rejet
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0234M20220817023419										
ML3106759	05/07/2022	ECHO-DOPPLER ARTERIEL	1	1,00	85.00	600,00	550,00	0,00	467,50	
Total remboursé pour HASSAN										
Total général remboursé										



Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM

Casablanca le : 07/07/2022

Patiante (e) : EL RHODAIBI HASSAN

Médecin prescripteur : DR EDDAHAR

ECHODOPPLER DES ARTERES RENALES

Les deux reins sont de taille et de morphologie normale, de contours réguliers, absence de dilatation des cavités excrétrices à leur niveau.

La différenciation cortico médullaire est conservée.

Flux normal au niveau des deux artères rénales et leurs branches de division. Absence de signes directs ou indirects de sténose artérielle.

Les index de résistance sont normaux.

Les loges surréaliennes sont libres.

CONCLUSION

Echodoppler des artères rénales ne révélant pas d'anomalies.

DR MESTOUR

DR MESTOUR 1011-02
Radiologue polyclinique
CNSS Derb Ghallef
Télé : 01036355

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghalef
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
 20100 CASABLANCA
 Tél: 0522-863021/27 Fax: 0522-864205 RDV: 0522-863020
 INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP: 1306575 N° SEJOUR: 220058893

FACTURE N° 2203023113

DATE D'ENTREE: 07/07/2022 DATE DE SORTIE: 07/07/2022

ASSURE: DESTINATAIRE:
 MALADE: EL RHODAIBI, Hassan EL RHODAIBI, Hassan

NOM JEUNE FILLE:

TIERS PAYANT 1:

TIERS PAYANT 2:

REF. PC 1:

REF. PC 2:

NATURE DE PRESTATION

NATURE DE PRESTATION	REF. PC	LETTER	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE ECHO-DOPPLER VEINEUX PERIPHERIQUE	CX15		1.00	600.00	600.00					0.00	600.00

Intervenant: 08102007 DR MESTOUR MOHAMED

TOTAUX: 600.00

PLAFOND PC:

ACOMPTE:

REMISE:

0.00

REGLE:

600.00

AVOIR:

RESTE DU:

0.00

DATE FACTURE: 07/07/2022

EDITEE LE: 07/07/2022 PAR: BILAL

VISA

ACCIDENT DE TRAVAIL:

DATE AT:

N° DE POLICE:

Règlement à effectuer à l'ordre de:

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghalef

BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA
 011 780 0000 70 210 00 60 028 31

BANQUE:

N° compte bancaire:

POLYCLINIQUE CNSS
 DERB-GHALEF CASABLANCA
 Caisse Radiologie

CENTRE D'HEMODIALYSEERRAZI

Dr IMANE Eddahar

Spécialiste Néphrologie Hémodialyse
& maladies du Rein
Ancien Médecin au Centre Hospitalier
Ibnou Rochd



الدكتورة إيمان الظاهر
أخصائية في أمراض الكلى
وتصفية الدم
طبيبة سابقاً بالمركز الصحي
ابن رشد

Casablanca, le: 06/07/2002

El Ahdali Hassan

Patient de 55 ans, DMG ≈ 10 ans,
normotendu, holopique; fonction
renale normale mais protéinurie à 45.

Echographie

abes reins

الدكتورة إيمان
Dr. Eddahar
Médecin Néphrologue
HEMODIALYSE
L25, Yasmine N° 54
Casablanca 10100
Tél.: 0522 28 51 74
fax: 0522 80 53 92

POLYCLINIQUE CNSS
DERB-GHALF CASABLANCA
Caisse Radioologie

