

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

N° W21-773579

139145

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 0847		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : AMJOUER SAID		
Date de naissance : 01/01/1949		
Adresse : 24 A Résidence des Flores APPT N°7 Boulevard Casablanca.		
Tél. : 061321410 / 0522394212		
Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <i>Conjoint</i>	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	
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.	
Age : 30 NOV. 2022	
<input type="checkbox"/> Enfant	
ACCUEIL C. NINIA	

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*

Date : *30/11/2022*

Signature de l'adhérent(e) : *Amjouer*

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 et 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



REFERENCE DOSSIER



* ALD8026166 *

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom :

Moumen FATIMA EP. AMJARTEL

MATRICULE ASSURE :

5310807225

N° CIN :

B32043

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

Nom et Prénom :

Moumen FATIMA

Lien de parenté :



MATRICULE BÉNÉFICIAIRE :

5310807225

Date de naissance :

05/10/53

Montant des frais (DHS) :

1448,80

Nombre de pièces jointes :



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

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : **ITOU M. N. FATIMA**

Nature de la maladie : **affection rhumatologique**

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	21/01/11	cs	30000	DR. CHAHID FATIMA Rhumatologue et ostéopathe Andalousie 957438 - Casablanca 22/01/11	091186802
Radiographie					
Analyses					

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 :

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
21.01.11	Raliflux	4	190,00		
	clor-ly	2	45,90		
	ng-z	3	99,00		
TOTAL				1148,00	Pharmacie Mouad 69100 Bourgoin Jallieu Casa Tél: 0472 80 89 14

OPTIQUE

Code INP :

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			



RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 02/11/2022
 Num Paiement : 1518464
 Assuré : MOUMEN EP AMJ FATIMA
 N° d'immatriculation : 10013895
 Mode de règlement : Virement
 Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <https://assures.cmim.ma/>



MOUMEN EP AMJ FATIMA CREDIT DU MAROC "RET"
 84 A, RUE DES ROSES RESIDENCE ROSE
 APPT 7 BEAUSEJOUR
 21200
 CASABLANCA
 MAROC



Emis à Casablanca le : 02/11/2022

Page:3 / 3

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 remboursé	Motif rejet
Pour MOUMEN EP AMJ FATIMA / 10013895 \ 001CMIM0348M20221031151040										
ALD8026166	21/10/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300,00	0,00	255,00	
ALD8026166	21/10/2022	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	388,80	388,80	0,00	330,48	
ALD8026166	21/10/2022	PHARMACIE NON REMB	1	1.00	forf	760,00	760,00	0,00	0,00	OBSERVATION nn rb
Total remboursé pour : FATIMA						1 448,80			585,48	

Décompte : 1518464 Date de Paiement : 02/11/2022 Prestation : 585,48 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 (INF)



أخصائية في أمراض العظام

والمفاصل والروماتيزم

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس

أمراض العمود الفقري (باريس)

أمراض الروماتيزم (ليل-فرنسا)

العلاج بالأدوية البيولوجية

هشاشة العظام

RHUMATOLOGUE
 Spécialiste des maladies des os, articulation
 et colonne vertébrale
 Ancienne interne des Hopitaux de Paris
 Pathologies rachidiennes (Paris)
 Maladies rhumatismales (Lille)
 Biothérapie
 Ostéoporose

Nee Asunen Estine

Le 25/10/12

4x190° ♂ ① RELIEF 
 2x45.40 ♂ ② Clofene Crd
 1cp x 03ml

2x45.40 ♂ ② Clofene Crd

1cp x 21;

3x99. ♂ ③ MAGNINE

1cp le sur

1148.80 ♂ x 03ml

Dr. CHAHIDI Naima
 Rhumatologie
 173, Bd Yacoub El Mansour
 Espace Andaloussie, 1er étage
 Tel: 05 22 95 14 38

Pharmacie Mouad
 CHRAIBI Mouad
 59, Bd. Berrechid Ain Chock
 Casa - Tel: 0522 50 89 14

173 شارع يعقوب المنصور، فضاء الاندلس، الطابق الأول، رقم 6، الماريف، الدار البيضاء
 173 Boulevard Yacoub EL Mansour Espace Andaloussie, 1^{er} étage, N°6 Maarif, Casablanca

Tél. : 05 22 95 14 38 / 06 66 71 75 15

E-mail : chahidirhumatologie@gmail.com