

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 la 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	454	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	147249
Nom & Prénom :		ABALI Noham	
Date de naissance :		1943	
Adresse :		127 Rue ABOU WAQF khalaq 1mm SEKKI Bow sogni CASA	
Tél. :		0665716884	Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : _____ / _____ / _____

Nom et prénom du malade : DARDARY Safia Age: _____

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 : Casablanca Le : 30 JAN. 2023

Signature de l'adhérent(e) :



ACCUEIL 02 / 2023

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 copies - 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 99-38

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.

2

Nom de l'assuré :
Bénéficiaire :
Frais exposés : Dh

Matricule :
Date du dépôt du dossier :
Date des soins :/...../.....



REFERENCE DOSSIER

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES**

(Réservée à la CMIM)

D

7



* M L 3 2 4 6 7 7 1 *

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ (B)

Nom et Prénom : ABALI née DARYARY Sahia

MATRICULE ASSURE : 20065678

N° CIN: AZ 0940

BENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : Lien de parenté :

MATRICULE BENEFICIAIRE : | | | | | | | |

Date de naissance : | | | | | |

Montant des frais (DHS): **558** 68

Montant des frais (DHS): 120,00 Nombre de pièces jointes : 1

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE HERENGE

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.cnam.fr



ML3246771

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire

Nom et prénom du malade :

Nature de la maladie ():

CIM-10:.....

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

NATURE DES PRÉSTATIONS

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE
Médecin traitant *** Nature d'acte à préciser	2-11-22	S 3000	Dr. Adib A. JASSI Spécialiste en Radiologie 16 Rue Abu Chalouf Med. 2 N Casablanca 27 - 28ème étage Tél. 0522 210 52	DR. ADIB A. JASSI Spécialiste en Radiologie 16 Rue Abu Chalouf Med. 2 N Casablanca 27 - 28ème étage Tél. 0522 210 52	CODE INPE Demande d'accord préalable obligatoire)
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					

- Le nom et prénom du bénéficiaire doivent obligatoirement être portés sur la prescription.
 - 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) ...
 - L'exactitude et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.

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

FRAIS PHARMACEUTIQUE INPE 092 042 092

Code INPE: 1111INPE092042092

Date (1)² début Traitement	Date (2)² fin Traitement	Détail de l'ordonnance	(S-V) Quantité	Prix Unitaire	Dépense
22/11/22		Loratadine 40 mg Rizolac	01 31	139,50 119,10	139,50 119,10
		PHARMACIE MEHDI BEN BARKA Av, Mehdi Ben Barka Rue Abdellatif El Hadoud N° 3 Tél: 0522 95 15 99 - Casablanca			
		TOTAL		258,60	

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

OPTIQUE

Code INPE: L L L L L L L

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(e)³- La prescription et la facture des verres sont obligatoires.

- En cas de changement d'acuité visuelle, un certificat pour le remboursement des verres avant délai.

Docteur Adiba

BENHADDOU ANDALOUSSI

CABINET **ORL**

**الدكتورة أديبة
بنحدو أندلusi**

- Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico Faciale
- Allergologie-Vertige-Ronflement
- Spécialiste de Pathologie Respiratoire du Sommeil
- Membre de la Société Française d'ORL
- Ancien Interne de CHU Ibn Rochd
- Ancien Résidant à l'Hôpital 20 Août
- Ancien ORL à l'hôpital Sidi Othmane Casablanca
- Ancien Chef de Service à l'Hôpital Moulay Youssef

- أخصائية في أمراض وجراحة الأنف والأذن والحنجرة وجراحة الوجه والعنق
- أخصائية في الأمراض التنفسية للنوم
- أمراض الحساسية والدوخة والشخير
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد
- طبيبة مقيدة سابقا بمستشفى 20 غشت
- طبيبة أخصائية سابقا بمستشفى سيدى عثمان
- رئيسة مصلحة سابقا بمستشفى مولاي يوسف

LOVANIC 500 mg SOTHEMA
10 comprimés pelliculés sécables



6 118000 022398

Casablanca le : 02/11/2022

139,50

Mme ABALI SAFIA

LOVANIC COMPRIME PELLICULE 250 MG BOITE DE 10

1 CP PAR JOUR PENDANT 7 JOURS

119,10

RISONEL SPRAY NASAL 0,05% FLACON DE 140 DOSES

2 PULV DANS CHAQUE NARINE PDT 1 MOIS

S.V

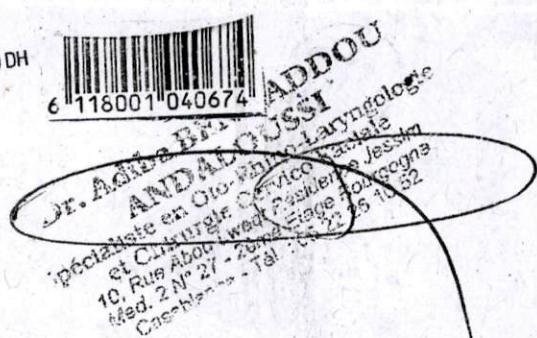
S.V

PHARMACIE MEHDI BEN BARKA
Av.Mehdi Ben Barka,
Rue Abdellah El Hadaoui N° 3
Tél: 0522 95 15 99 - Casablanca

258 60 P.P.V: 119,10 DH



6 118001 040674





RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 02/01/2023
 Num Paiement : 1539059
 Assuré : DARDARY EP.ABALI SAFIA
 N° d'immatriculation : 10066595
 Mode de règlement : Virement
 Veuillez Consulter Notre Espace Assure <https://assures.cmim.ma/>



DARDARY EP.ABALI SAFIA ATTIJARIWAFA BANK "RET"
 127 RUE ABOU WAQT RESD SEKKAT APPT 3
 2EM ETAGE BOURGOGNE 20000
 CASABLANCA
 MAROC



Emis à Casablanca le : 02/01/2023

Page:3 /3

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

Détail de vos remboursements

Nº dossier	Date de soins	Actes	Qte	Coef	Taux de Remboursement	Dépenses	Base de remboursement	Remboursement autre mutuelle ou assurance	Montant rembourse	Motif rejet
Pour DARDARY EP.ABALI SAFIA / 10066595 \ 001CMIM0310M20221221215557										
ML3246771	02/11/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300.00	0.00	255,00	
ML3246771	02/11/2022	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	258,60	258.60	0.00	219,81	
Total remboursé pour : SAFIA						558,60			474,81	

Décompte : 1539059 Date de Paiement : 02/01/2023 Prestation : 474,81 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 (INP)