

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0034681

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 454 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABALI Mohamed
Date de naissance : 1943
Adresse : 127 Rue ABOU WAQT Khalaf Imm SEKTI Boujaou
Tél. : 0665716884 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : DARDARY Sofia 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) :



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

3<

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:
T:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E) (i)

Nom et Prénom : ABALI hee DARJARY Sefou
MATRICULE ASSURE : 20065678 N° CIN : A210940

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (i)

Nom et Prénom : Lien de parenté :
MATRICULE BENEFICIAIRE :
Date de naissance :
Montant des frais (DHS): 558,60 DH Nombre de pièces jointes : 1

(i) 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



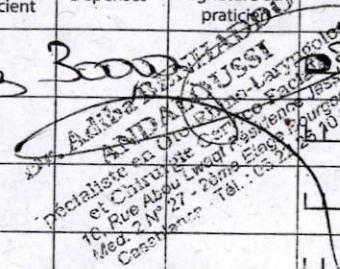
ML3246771

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire

Nom et prénom du malade : Abali Sali
 Nature de la maladie (1) : glaucome
 CIM-10 :

(1) A fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CMIM)

NATURE DES PRESTATIONS

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	2-11-22	3	3000	 Dr. Adnan Boussi Spécialiste en Oculophtalmologie et Chirurgie de l'œil 16, Rue Abou Lmoussa El Hadad Med. 2 N° 27 - 28ma Etage Casablanca - Tél: 0522 95 15 99	092042092
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 (1)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

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

FRAIS PHARMACEUTIQUES

Code INPE: 092042092

Date (1) début Traitement	Date (1) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
02/11/22		Levatic y Risonel	01 01	139,50 119,10	139,50 119,10
PHARMACIE MEHDI BEN BARKA Av. Mehdi Ben Barka Rue Abdellah El Hadad N° 3 Tél: 0522 95 15 99 - Casablanca					
TOTAL					258,60

(1) Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE (1)

Code INPE: 092042092

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(1) - 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.



- 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.

Docteur Adiba

BENHADDOU ANDALOUSSI



**الدكتورة أدبية
بنحدو أندلسي**

- 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 Résident 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 مقيمة سابقا بمستشفى 20 غشت
- طبيبة أخصائية سابقا بمستشفى سيدي عثمان
- رئيسة مصلحة سابقا بمستشفى مولاي يوسف

LOVANIC 500 mg
10 comprimés pelliculés sécables

SOOTHEMA



6 118000 022398

Casablanca le : 02/11/2022

Mme ABALI SAFIA

139,50

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

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

P.P.V: 119,10 DH



6 118001 040674

Dr. Adiba Benhaddou ANDALOUSSI
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale
10, Rue Aboulwaqt - Résidence Jassim
Med. 2 N° 27 - 2ème Etage - Bourgogne
Casablanca - Tél: 05 22 26 10 52



RELEVÉ 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 Assuré <https://assures.cmim.ma/>



DARDARY EP.ABALI SAFIA ATTJARIWABA 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

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 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)