

# 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, extractione 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.

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:	ABALI Nohame 147853
Nom & Prénom :		1943	
Date de naissance :			
Adresse :		127 Rue Abou WAGT Khalaf 1mm SEKKAT Bourgogne OAS	
Tél. :		06.65.71.6.884 Total des frais engagés :	
Dhs			

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

JARDARY Safia

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

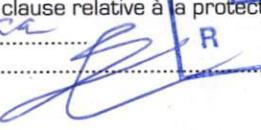
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

30 JAN. 2023

Signature de l'adhérent[e] :



R ACCUEILLIE 102 / 1023



Nom et prénom du malade : DANDARY SAFIA  
Nature de la maladie (e) : Gast  
CIM-10 :   
*DR. AMMOUI Marouf  
Médecin des Urgences*

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

## 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	16.11. 12.11.	Ca à 600, domicile	PA DEMEMOURI Marnia Médecin des urgences	16.11.2015	
Radiographie *** Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios,...)					
Declaration 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					_____
					_____

(\*)<sup>1</sup> - La date (début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...)

#### - Accord préalable obligatoire

ERAI PHARMACEUTIQUE

Code INPE: INPE 092042092-072012

Date (1) début Traitement	Date (2) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
16/11/22	16/11/22	Vogilence 500 mg	01	11,30	11,30
		PHARMACIE MEHDI BEN BARKA Av. Mehdi Ben Barka, Rue Abdellah El Hadaoui N° 3 Casablanca Tél: 052 95 15 89	TOTAL 01		11,30

(\*)<sup>2</sup> Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés.

OPTIK-DEP

Code INPE: LLL

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verges ou Lentilles			

(\*)<sup>3</sup>- 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 la remboursement des verres avant décal.

- 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.

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire

Nom et prénom du malade : DAHDAKY SAÏDIA  
 Nature de la maladie (1) : Geste  
 CIM-10 : Dr. AMMOURI Maroua  
 Médecin des Urgences

(\*) 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	16.11 16.11.22	Cs à 600, donc 16.11.22	PA Dr. AMMOURI Maroua Médecin des Urgences	██████████ ██████████	██████████ ██████████
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 (*) <sup>1</sup>	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					██████████
					██████████

(\*)<sup>1</sup> - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...)  
 - Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: L INPE 092 042 092 092 042 092

Date (*) <sup>2</sup> début Traitement	Date (*) <sup>2</sup> fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
16/11/22	16/11/22	Vogalensop	30	11,30	11,30

(\*)<sup>2</sup> Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE

Code INPE: ██████████

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(\*)<sup>3</sup> 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.

3<

- 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.



### 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:1 / 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 remboursé	Motif rejet
Pour DARDARY EP.ABALI SAFIA / 10066595 \ 001CMIM0242M20221220213213										
ML3198813	16/11/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	600,00	300.00	0.00	255,00	
ML3198813	16/11/2022	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	11,30	11.30	0.00	9,61	
Total remboursé pour : SAFIA						611,30			264,61	

**Décompte : 1539059 Date de Paiement : 02/01/2023 Prestation : 264,61 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)



- Ambulance • Ambulance Bloc Mobile de Réanimation • Transport par Courroie •
- Extraction Sanitaire par Avion
- Service Médicalisé Pompe Funèbre Musulman • Médecin et Infirmier à Domicile •
- Médicalisation d'Événements • Vente et location de Matériel

## ORDONNANCE

Fait à : Casa / Le 16.11.2022

DARDAÏY SAFIA

- 1/ Wenfortan 160mg  
1g x 3/j - 03/jours
- 2/ ESAG 40mg   
1 gél/j - 1/mois
- 3/ Vogaine sup   
1 sach x 3/j - 03/jours
- 4/ Cetodexane cp   
1cp x 3/j - 10/jours  
Dr. AMMOUI Marouane  
SERVICE 24/24H ET 7J/7J Médecin des Urgences

AGÉ MEHDI BEN BARKA  
Mehdi Ben Barka  
Abdelkhan El Hadaoui N° 3  
0522 95 15 99 - Casablanca

2 OGALENE 5 mg  
10 Suppositoires  
  
6 118000 081074

ANGLE BD ABDELMOUNEN ET SOUMAYA REG SHEHRAZADE 3, 3ÈME ETAGE N°22  
CASABLANCA-MAROC TEL : 0522272739/0668703681  
MAIL : Najd.assistance@hotmail.com  
PATENTE : 34773677 - RG : 330577 - IF : 15266888 - ICE : 00013071400007