

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-785940

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



### RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 02/01/2023  
Num Paiement : 1543384  
Assuré : HACHLAF ZOHRA  
N° d'immatriculation : 10062218  
Mode de règlement : Virement  
Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <https://assures.cmim.ma/>



HACHLAF ZOHRA BANK OF AFRICA "RET"  
100 RUE BRAHIM NAKHAI  
APPT 25  
CASABLANCA  
MAROC



Emis à Casablanca le : 02/01/2023

Page:2 /4

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 HACHLAF ZOHRA / 10062218 \ 001CMIM0305M20221219210735										
ML1834561	10/11/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300.00	0.00	255,00	
ML1834561	10/11/2022	COVERSYL 10 MG (Prix : 248 dhs)	4	1.00	85.00 %	570,80	992.00	0.00	485,18	
ML1834561	10/11/2022	FLUDEX LP 1.5 MG (Prix : 68,9 dhs)	4	1.00	85.00 %	275,60	275.60	0.00	234,26	
ML1834561	10/11/2022	TAHOR 10 MG 28 COMPRIME 10 MG (Prix : 79 dhs)	3	1.00	85.00 %	237,00	237.00	0.00	201,45	
ML1834561	10/11/2022	CARDIOASPIRINE 100 MG (Prix : 27,70 dhs)	4	1.00	85.00 %	110,80	110.80	0.00	94,18	
Total remboursé pour : ZOHRA						1 494,20			1 270,07	

**Décompte : 1543384 Date de Paiement : 02/01/2023 Prestation : 1 270,07 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)



## 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 & 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



## DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

REFERENCE DOSSIER



\* M L 1 8 3 4 5 6 1 \*

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : HACHIAF Zohra

MATRICULE ASSURE : 20064041 N° CIN : B27639

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : HACHIAF Zohra Lien de parenté : .....

MATRICULE BENEFICIAIRE : 20064041

Date de naissance : 14/10/11

Montant des frais (DHS) : 1494,20 Nombre de pièces jointes : 1

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

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

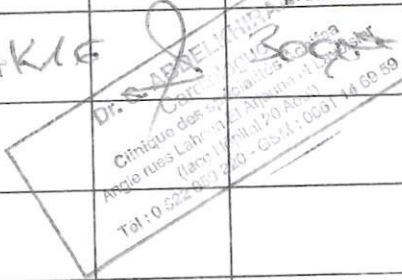
Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : [www.cmim.ma](http://www.cmim.ma)

Nom et prénom du malade :

Nature de la maladie :

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	10/11/22	G3 + K16			09/1000639
Radiographie					
Analyses					

[illegible]

\* la date fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, Dialyse Psychothérapie...)

## FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INP: 092037134

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
10-11-2022	Coversyl 12mg	(04)	142,70	570,80	
	Fludex 1P	(04)	68,90	275,60	
	Tachio 10 mg.	(03)	79,00	237,00	
	Cardioaspirine	(04)	27,70	110,80	
	TOTAL	(15)	194,20		

**PHARMACIE LA BRISE**  
 35, Rue Abou Harous El Achi, Maarif ext. Casablanca  
 Tél : 05 22 990 710 - 05 22 990 783 - 06 18 18 41 01  
 @ parolabrise@gmail.com  
 ICF : 00162816600012 - INPE

## OPTIQUE

Code INP:                     

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			





# مصلحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjouni et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)  
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : [cliniqueachifaa@menara.ma](mailto:cliniqueachifaa@menara.ma)

Casablanca, le : .....

Casablanca, 10/11/2022

Docteur :

Mme HACHLAF ZOHRA

- 142,70 x (4) 1) COVERSIL 10 mg 1cp/j  
68,90 x (4) 2) FLUDEX LP 1cp/j  
29,00 x (3) 3) TAHOR 10 mg 1cp/j  
22,70 x (4) 4) CARDIOASPIRINE 100 mg 1cp/j

15 1194,20  
QSP 3 mois

Dr. C. ABDELKHIRANE  
Cardiologue  
Clinique des spécialités Achifaa  
Angle rues Lahcen El Arjouni et Lavoisier  
(face Hôpital 20 Août)  
Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0651 14 69 59

**PHARMACIE LA BRISE**  
38, rue Abou Abass El Azfi. Maarif ext. Casablanca  
Tél : 05 22 990 710 - 05 22 990 703 - 06 18 18 41 01  
paralabrise@gmail.com la brise parapharmacie  
ICE : 001688166000012 - INPE : 092037134

URGENCES 24/24 مستعجلات

Bay r S.A.



6 118001 090280

118001 090280



6 118001 090280

118001 090280



# CARDIOASPIRINE®

P.P.V

79 00

DDV

LOT N°

09366082/4

09366082/4

**Cl**  
Périndopi

..lg  
elliculé

Que contient ce... mg, comprimé pellicule et dans quels cas est-il...  
 1. Quel est ce que...  
 2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre COVERSYL 10 mg, comprimé pellicule ?  
 3. Comment prendre COVERSYL 10 mg, comprimé pellicule ?  
 4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?  
 5. Comment conserver COVERSYL 10 mg, comprimé pellicule ?  
 6. Contenu de l'emballage et autres informations.  
 1. OUVREZ-CE QUE COVERSYL 10 MG, COMPRIMÉ PELLICULE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?  
 Classe pharmacothérapeutique : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion EC 2632-91-0  
 Code ATC : N02BA01

[illegible]

**NOTICE: INFORMAT**

FD

*-rimés pellicule*

ce médicament

VOUS.  
dit-il.

libération prolongée et dans

Prendre FLUDEX 1,5 mg,

(50 X 20 X 114) mm

© 2000 by John Wiley & Sons, Inc.

comment conserver FLUDEX 1,5 mg, comprimé pelliculé à libération prolongée ?

Contenu de l'emballage et autres informations

IL N'EST-CE QUE FLUDEX 1,5 MG COMPRIMÉ PELICULE A LIBERATION

## LONGÉE, ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

se pharmacothérapeutique : antihypertenseur diurétique - code AIC : C03BA11

## Système cardiovasculaire)

DEX 1,5 mg est un comprimé pelliculé à libération prolongée et contient de

apamide comme principe actif.

100