

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.

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

Nº P19- 0037463

Optique

Autres

149652

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 502

Société : RHM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHOULO BAN AHMED

Date de naissance : 01.01.42

Adresse : ATTA DAMOUNE RUE 8 N° 48 EL AULFA

Tél. : 0664-60 30 06 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

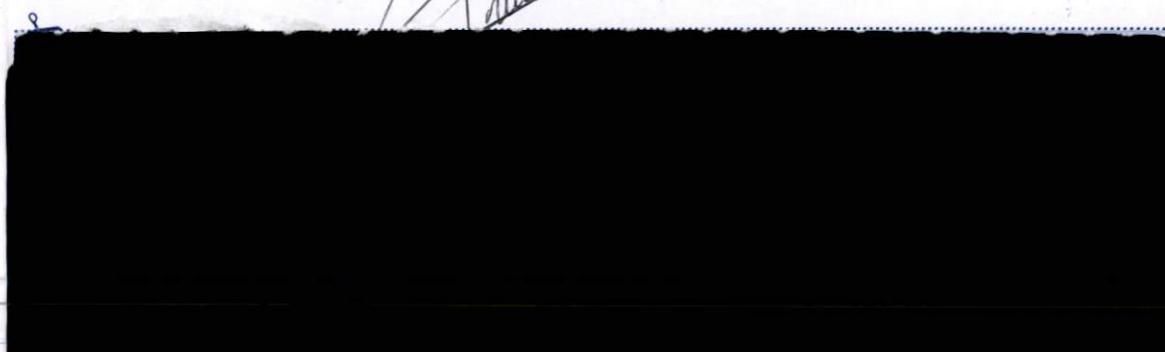
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :





RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 02/01/2023

Num Paiement : 1543305

Assuré : MAFHOUM RKIA

N° d'immatriculation : 10061755

Mode de règlement : Virement

Veuillez Consulter Notre Espace Assure <https://assures.cmim.ma/>



MAFHOUM RKIA BANK OF AFRICA "RET"
N°48 RUE 8 LOTISSEMENT ATTADAMOUNE
EL OULFA
CASABLANCA
MAROC



Emis à Casablanca le : 02/01/2023

Page:1 / 1

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 MAFHOUM RKIA / 10061755 \ 001CMIM0222M20221227228110										
ML3348041	13/10/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300.00	0.00	255,00	
ML3348041	13/10/2022	MONTURE	1	1.00	600.00 forf	1 000,00	1000.00	0.00	600,00	
ML3348041	13/10/2022	VERRES	2	1.00	85.00 %	2 200,00	1120.00	0.00	952,00	
Total remboursé pour : RKIA						3 500,00			1 807,00	

Décompte : 1543305 Date de Paiement : 02/01/2023 Prestation : 1 807,00 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)

Optique Le Beau Coin



FACTURE N° 0000753

Casablanca, le : 02-02-2022
M: Mme MAFMOUD RIKIA

Gauche		Droite	
0	180	0	180
01	170	01	170
02	160	02	160
05	150	05	150
06	140	06	140
08	130	08	130
10	120	10	120
11	110	11	110
12	100	12	100
13	90	13	90
14	80	14	80
15	70	15	70
16	60	16	60
17	50	17	50
18	40	18	40
19	30	19	30
20	20	20	20
21	10	21	10
22	0	22	0

Loin	Sphère +1,00	Sphère +1,00
	Cylindre -0,50	Cylindre -0,50
	Axe 45°	Axe 45°
Prés		
	Sphère ADD +3	Sphère ADD +3
	Cylindre ADD +3	Cylindre ADD +3
	Axe	Axe

Monture: Monture optique	1000,-	1000,-
Verres: Verres de lunettes optiques	500,-	1000,-
Vision de l'œil 20/20 avec lunettes	60,-	120,-

Total : 3200,- Dh

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de : trois Lille

Demande à l'opticien Payé Espèce

Dr Bennouna Mohamed

OPHTHALMOLOGISTE

Lauréat de La Faculté de Médecine de Paris

Maladies des Yeux

Chirurgie Oculaire et Orbito-Palpébrale

Chirurgie Réfractive



لـ دكتـور بنـونـة مـحمد

خـريـج كلـيـة الطـب بـبارـيس

إـختـصـاصـيـ فيـ أمـرـاـضـ العـيـوـنـ

جـراـحةـ العـيـنـ وـ الجـفـنـ

جـراـحةـ تصـحـيـحـ البـصـرـ

Casablanca, le 13 octobre 2022

Mme MAFHOUM RKIA

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques, Antireflets multi-couches

VL : OD = + 1.00 (- 0.50 à 115°)

OG = + 1.00 (- 0.50 à 45°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 3.00

~~OPTIONAL LENS OPTOMETRIST
Optical Lens Optometrist
Bd Moulay Hassan 25 92 - Casablanca
GSM: 06 25 45 85~~

Dr. BENNOUNA Mohamed
Ophtalmologiste
Maladies & Chirurgie des Yeux
47, AV. HASSAN II CASABLANCA
Tél.: 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 58

الحالات المستعجلة : 05 22 25 71 71

47, AV. Hassan II, 1^{er} étage - Casablanca شارع الحسن الثاني، الطابق الأول - الدار البيضاء

Tél.: 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 58 - الهاتف : 05 22 47 32 60 -Fax : 05 22 47 32 60

TRAM : Station Place M^{ed} V

E-mail : bennouna.oph@gmail.com / GSM : 06 06 25 45 85

DEMANDE DE REMBOURSEMENT
FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

REFERENCE DOSSIER



* M L 3 3 4 8 0 4 1 *

(Réservée à la CMIM)

D: []

T: []

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : M A F H O U M R I K I Y A E P C H O U A H A M

MATRICULE ASSURE : 12 906 318 57 N° CIN : B 304785

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE ()

Nom et Prénom : M A F H O U M R I K I Y A Lien de parenté : soeur

MATRICULE BÉNÉFICIAIRE : 12 906 318 57

Date de naissance : 16 318 57 01.07.52

Montant des frais (DHS) : 2 500,00 Nombre de pièces jointes : 03

(*) L'exactitude et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau :	
CACHET	

SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tél : 05 22 20 24 26 / 21 Fax : 05 22 26 24 51

Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : www.cmim.ma

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Objet : *... aux ...*

Nom et prénom du malade :

Nature de la maladie

CIM-10:

(e) 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	Dé
Médecin traitant			
+*** Nature d'acte à préciser	13 OCT 2011		
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			

Les données collectées par la CSDM

res à la Gestion des remboursements des

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

88

Nom de l'assuré :

Bénéficiaire :

Frais exposés : Dh

Matricule :

Date du dépôt du dossier :/...../.....

Date des soins :/...../.....

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

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

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



REFERENCE DOSSIER



Nom et Prénom : MA.FHOU.M R'KLYA EP CHOUABA

MATRICULE ASSURE : 1299631857 N° CIN : B.304785

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

Nom et Prénom : M.FHOU.M R'KLYA Lien de parenté : mère

MATRICULE BÉNÉFICIAIRE : 1299631857

Date de naissance : 1631857 01.07.52

Montant des frais (DHS) : 2.500,00 Nombre de pièces jointes : 01

(*) 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



ML3348041

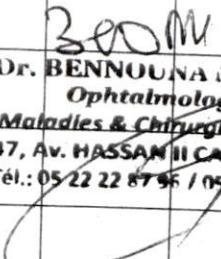
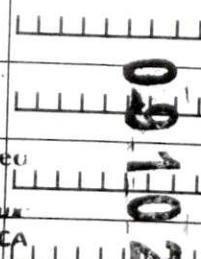
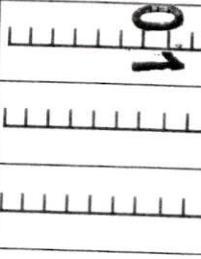
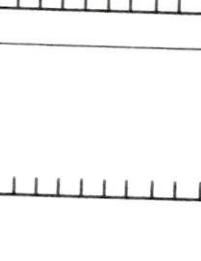


PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Objets/traitements

Nom et prénom du malade :
Nature de la maladie (e) :
CIM-10 :

(e) À fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD n'a pas déclarée (voir site CMII)

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	13 OCT 2022	300 M	Dr. BENNOUNA Monameu Ophtalmologiste Maladies & Chirurgie des Yeux 47, AV. HASSAN II CASABLANCA tél.: 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 52		
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 ***					

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

- Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE:

Date (e) ² début Traitement	Date (e) ² fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense

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

OPTIQUE (3)

Code INP:115026932

HADDIOUI Brahim

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture	22-10-22	1000,-	PT Optique Opticien Moudjibekela 1000,-
Verres ou Lentilles	22-10-22	2200,-	

⁽⁶⁾³- La prescription et la facture des vaccins sont faites par le docteur.

- 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 délivrance.

- 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.