

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0037463

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 502 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOULO BAN AHMED

Date de naissance : 01.01.42

Adresse : ATTAJAMOUNE RUE 8 N° 48 ELAULFA

Tél. : 664-603066 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 :

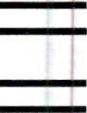
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



RELEVÉ 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 Assuré <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

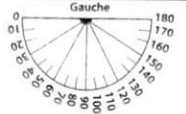
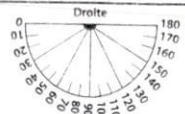


OPTIQUE LE BEAU COIN
Opticien - Optométriste
Bd Moudibokeita Bloc «j» N° 70
GSM 06 27 25 92 - Casa

FACTURE N° 0000753

Casablanca, le: 22/10/2022

M: Mme MAERHOUD RIKHA

				
Loïn	Sphere	+1.00	Sphere	+1.00
	Cylindre	-0.50	Cylindre	-0.50
	Axe	180°	Axe	180°
Près	Sphere		Sphere	
	Cylindre	+3.00	Cylindre	+3.00
	Axe		Axe	

Monture: Fenêtrée optique	1000,-	1000,-
Verres: Vision de l'œil gauche Antiflaque	500,-	1000,-
Vision de l'œil droit Antiflaque	600,-	1200,-

Total: 3200,- DH

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de: Trois Mille

Deux Cent Duhes

Payé Espèce

Dr Bennouna Mohamed

OPHTHALMOLOGISTE

Lauréat de La Faculté de Médecine de Paris
Maladies des Yeux
Chirurgie Oculaire et Orbito-Palpébrale
Chirurgie Réfractive



الدكتور بنونة محمد

خريج كلية الطب بباريس
إختصاصي في أمراض العيون
جراحة العين و الجفن
جراحة تصحيح البصر

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

OPTIQUE LI BOUTOUIN
Opticien - Optométriste
Bd Mohammed VI - Casablanca
GSM: 06 25 42 25 42 - Casa

Dr. BENNOUNA Mohamed
Ophtalmologiste
Maladies & Chirurgie des Yeux
47, AV. HASSAN II - CASABLANCA
Tél.: 05 22 22 87 96 / 05 22 48 33 59

En cas d'urgence : 05 22 25 71 71 : الحالات المستعجلة :

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

Tél.: 05 22 22 87 96 / 05 22 48 33 58 - الهاتف : Fax : 05 22 47 32 60 - الفاكس :

TRAM : Station Place M^{ed} V

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



الصندوق التعاضدي المهني المغربي
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

REFERENCE DOSSIER



ML3348041

(Réservée à la CMIM)

D: _____

T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E) (1)

Nom et Prénom : MAFhoum RIKIYA EP Chouhoun

MATRICULE ASSURE : 1200631857 N° CIN : B.304785

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : MAFhoum RIKIYA Lien de parenté : moine

MATRICULE BENEFICIAIRE : 1200631857

Date de naissance : 16/3/1857 01.07.52

Montant des frais (DHS): 3.500,00 Nombre de pièces jointes : 10/3

(1) 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



الصندوق التعاضدي المهني المغربي
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine
REFERENCE DOSSIER

Accusé De Réception

ML3348041

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : Youssef

Nature de la maladie (a) : Diabète

CIM-10 : E11.0

(a) 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	Dér
Médecin traitant *** Nature d'acte à préciser	13 OCT 2008		
Radiographe			
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			

QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE

- 1- Etablir une feuille de soins
- 2- La feuille de soins doit être donnée au respect des conditions

Les données collectées par le médecin traitant sont transmises 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 :/...../.....

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

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) (1)

Nom et Prénom : MAFHOUM RIKIA EP CHOUHANI
MATRICULE ASSURE : 120063857 N° CIN : B304785

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : MAFHOUM RIKIA Lien de parenté : maison
MATRICULE BENEFICIAIRE : 120063857
Date de naissance : 16/3/85 01.07.52
Montant des frais (DHS): 3.500,00 Nombre de pièces jointes : 103

(1) 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

Accusé De Réception

- 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.