

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothétique :

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

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- 0009008

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 847 Société : Ram

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUHTAR FATIMA IRAM Date de naissance : 01/07/1949

Adresse : 84A BOULEVARD DES FLÂTES 5007 RABAT

Tél. : 061321414 / 0522394810 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/05/2018

Nom et prénom du malade : MOUHTAR FATIMA IRAM Age : 66ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : RHUMATOLOGIE

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 : 27/05/2018

Signature de l'adhérent(e) : M. MOUHTAR FATIMA IRAM

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
80				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

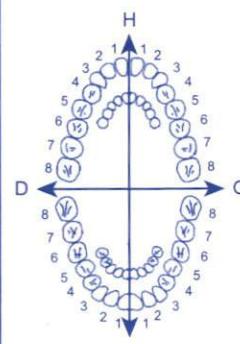
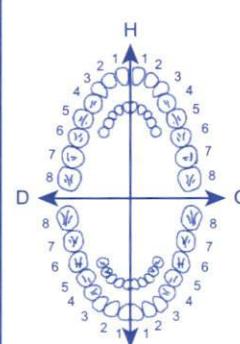
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

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 et 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

Affections de Longue Durée

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

REFERENCE DOSSIER



* A L D 1 1 4 1 1 9 0 *

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : MOUIMEN Fatima ép ANJOUEL

MATRICULE ASSURE : 1001013895 N° CIN : B32043

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : MOUIMEN Fatima Lien de parenté : m

MATRICULE BENEFICIAIRE : 1001013895

Date de naissance : 01510513

Montant des frais (DHS) : 2022,60 Nombre de pièces jointes : 217
1500,00 Kiné = 3522 DHS

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

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : N.....

Nature de la maladie : Attection Chustoleptie

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	22/05/15	CS	G	Dr. CHARLES EL MANSOUR 175 Bd. Naoum El Mansour Espace Andalousie 1er Etage Tel: 05 22 55 14 33	09111869108
Radiographie					
Analyses					

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

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INP : 09204383

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
28/10/19	Elycose lotion -	24 x 3	75.1 = 148.00		Plastique Chambre Casier Bureau Moule 58 89 0522 50 89 14
	TOTAL	720.65		

OPTIQUE

Code INP :

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

Facture:

N°: 63 / 2019 Date: 27.06.2019

10 séances de A.mmg
pour Rééducation due à une Neuralgie cervico-brachiale droite

Au prix de 1500DH (soit 150DH/ séance)

Adresser à Mme sum en Fatima

Durant la période du 27.05.2019 au 27.06.2019

Sur ordonnance du Dr

Signature:



MY KINE
Prévention-Rééducation-Entretien
85 Yaacoub El Manssour 1er étage N°1
et Rue Nasreddine 1^{er} étage
Tél: 0522 996 212
Fixe: 0522 996 212

RC : 384365

Patente : 35892484

C.N.S.S : 8729339

IF : 24847240

ICE : 001939724000080

Adresse: 85 Yaacoub El Manssour 1er étage N°1

Tél: 0522 996 212

E-mail: contact@mykine.ma

Dr. Chahidi Naima

RHUMATOLOGUE

Spécialiste des maladies des os, articulation
et colonne vertébrale



Ancienne interne des Hôpitaux de Paris

Pathologies rachidiennes (Paris)

Maladies rhumatismales (Lille)

Biothérapie

Ostéoporose

الدكتورة نعيمة شهيدى

أخصائية في أمراض العظام

والمفاصل والروماتيزم

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس

أمراض العمود الفقري (باريس)

أمراض الروماتيزم (لبل-فرنسا)

العلاج بالأدوية البيولوجية

شاشة العظام

27/05/19

Nne Noumen

Fatima

2011-2012
1 ère Cycles 2ème



0 - 0 - A < 71

pre A - 0 - A > 71

pre A - A - A > 03 Mer.



144.0 x 3
21 Cartexen

A - 0 - A < 03 Mer.

2021.6 *

Dr. CHAHIDI Naima
Rhumatologue
173, Bd. Yaâcoub El Mansour
Espace Andalousse, 1er étage
Tél: 05 22 95 14 38

173 شارع يعقوب المنصور، فضاء الأندلس، الطابق الأول، رقم 6، المعريف، الدار البيضاء

173 Boulevard Yacoub EL Mansour Espace Andalousse, 1^{er} étage, N°6 Maarif, Casablanca

Tél: 05 22 95 14 38

E-mail: chahidirhumatologie@gmail.com

Dr. Chahidi Naima

RHUMATOLOGUE
Spécialiste des maladies des os, articulation
et colonne vertébrale
Ancienne interne des Hôpitaux de Paris
Pathologies rachidiennes (Paris)
Maladies rhumatismales (Lille)
Biothérapie
Ostéoporose



الدكتورة نعيمة شهيدى

أخصائية في أمراض العظام
والمفاصل والروماتيزم
طبيبة داخلية سابقة مستشفيات باريس
أمراض العمود الفقري (باريس)
أمراض الروماتيزم (لبل-فرنسا)
العلاج بالأدوية البيولوجية
هشاشة العظام

Le 27 - 05 - 2019

Nne NOUNÉN Patine

Neuralgie cervico-brachiale droite sur
Cervicarthrose étiologique surtout C4-C5,
C5-C6 et C6-C7. + Unicarthose

⇒ Physiothérapie Antalgique

⇒ Normales de contractilité
de l'arête brise cervicaux

2 réances / J.
10 fentes

MY Kine
Prévention-Rééducation-Entretien
85 Angle Bd. Yacoub El Mansour
et Rue Nassreddine 1 Etage
Tél: 05 22 95 14 38

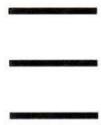
DR. CHAHIDI Naima
Rhumatologue
173 Bd Yacoub EL Mansour
Espace Andalousse 1er Etage N°6
Tél: 05 22 95 14 38

شارع يعقوب المنصور، فضاء الأنديس، الطابق الأول، رقم 6، المعارف، الدار البيضاء

173 Boulevard Yacoub EL Mansour Espace Andalousse, 1^{er} étage, N°6 Maarif, Casablanca

Tél: 05 22 95 14 38

E-mail: chahidirhumatologie@gmail.com



RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 09/07/2019

Num Paiement : 706452

Assuré : MOUMEN EP AMJ FATIMA

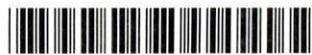
N° d'immatriculation : 10013895

Mode de règlement : Virement

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



MOUMEN EP AMJ FATIMA CREDIT DU MAROC "RET"
84 A, RUE DES ROSES RESIDENCE ROSE
APPT 7 BEAUSEJOUR
21200
CASABLANCA
MAROC



Emis à Casablanca le : 09/07/2019

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 remboursé	Motif rejet
Pour MOUMEN EP AMJ FATIMA / 10013895 \ 001CMIM0310M20190615120114										
ALD1141190	27/05/2019	ACTES KINESITHERAPEUTE	10	9.00	85.00 %	1 500,00	1 350,00	0.00	1 147,50	
ALD1141190	27/05/2019	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	2 022,60	2 022,60	0.00	1 719,21	
Total remboursé pour : FATIMA					3 522,60		2 866,71			

Décompte : 706452 Date de Paiement : 09/07/2019 Prestation : 2 866,71 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)