

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.

Diagnostic 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.

Educations :

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.

Prothèse 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

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 : AMOUEL SAID Date de naissance : 01/07/1949
Adresse : 84 A RESIDENCE DES ROSES SOPT n° 7 BENJELJON OUBAID
Tél. : 061321411 / 0522390810 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/05/2019
Nom et prénom du malade : HOUMEN FATIMA EP. AMOUEL Age : 66 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : RHUMATISME

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 : 24/05/2019
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

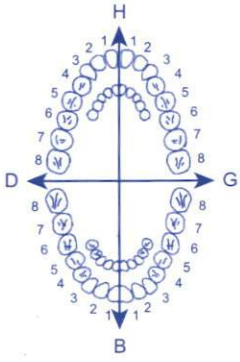
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

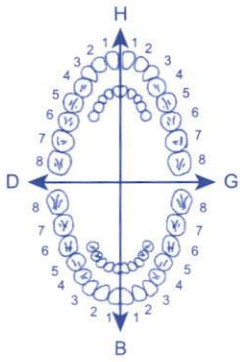
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

QUÉLQUES 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

REFERENCE DOSSIER



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

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ (E)

Nom et Prénom : HOUMEN Fatima ép ANJOUEL

MATRICULE ASSURÉ : 10013895 N° CIN : B32043

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : HOUMEN Fatima Lien de parenté : m

MATRICULE BENEFICIAIRE : 10013895

Date de naissance : 05/10/53

Montant des frais (DHS) : 2022,60 Pharmacie
1500,00 Kine = 3522 DH Nombre de pièces jointes : 2/7

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau :	
CACHET	

SIÈGE 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 :

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	22/05/19	G	G	Dr. CHAHINE Rhumatologue 115 Bd. Faidherbe El Mansour Espace Andalous Tél: 05 22 45 14 33	09111869108
Radiographie					
Analyses					

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux	Du 27.05.2019	10 séances de kiné	15000	M. Kine Centre de Rééducation 59 Angle Bd. Faidherbe El Mansour et Rue Nassimeddine Es Et Tél: 05 22 996 112	
	au 27.06.2019		(soit 15000)		

* la date fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, Diap, App, Orthopédie...)

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INP : 0912043835

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
6/10/2019	FLYCOH	21	75.1 =		Pharmacie Mourad 59 Bd. Faidherbe El Mansour CASA - Tél: 05 22 50 89 14
	672ed-	3	148.00		
	TOTAL			2022.60	

OPTIQUE

Code INP :

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

Facture:

Prévention - Rééducation - Entretien

N°: 63/2019 Date: 27-05-2019

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

Au prix de 15000 (soit 15000/ séance)

Adresser à M. Hounen Fatima

Durant la période du 27-05-2019 au 27-06-2019

Sur ordonnance du Dr

Signature:

MyKiné
Prévention - Rééducation - Entretien
85 Yaacoub El Maassour 1er Etage
et Rue Nassifeddine 1296 212
Fixe: 0512 996 212

RC : 384365
Patente : 35892484
C.N.S.S : 8729339
IF : 24847240
ICE : 001939724000080

Adresse: 85 Yaacoub El Maassour 1er etage 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 Hopitaux de Paris

Pathologies rachidiennes (Paris)

Maladies rhumatismales (Lille)

Biothérapie

Ostéoporose



الدكتورة نعيمة شهيدى

أخصائية في أمراض العظام

و المفاصل و الروماتيزم

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس

أمراض العمود الفقري (باريس)

أمراض الروماتيزم (ليل-فرنسا)

العلاج بالأدوية البيولوجية

هشاشة العظام

Le 29/05/19

Mme NOUEN Fatia

20/10/2019
1 Epoca AFwg.



Dr. Chahidi Naima
173, Bd. Yaacoub El Mansour
Espace Andalouse, 1er Etage
Casablanca - Tél: 05 22 95 14 38

0 - 0 - 1 x 7j
pré 1 - 0 - 1 x 7j

pré 1 - 1 - 1 x 03 mois

148.20 x 3
21 Cortexon



1 - 0 - 1 x 03 mois

2022.6

Dr. CHAHIDI Naima
Rhumatologue
173, Bd. Yaacoub El Mansour
Espace Andalouse, 1er Etage
Tél: 05 22 95 14 38

173 شارع يعقوب المنصور، قضاء الأندلس، الطابق الأول، رقم 6، المعاريف، الدار البيضاء

173 Boulevard Yacoub EL Mansour Espace Andalouse, 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 تشهيدي

أخصائية في أمراض العظام

و المفاصل و الروماتيزم

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس

أمراض العمود الفقري (باريس)

أمراض الروماتيزم (ليل-فرنسا)

العلاج بالأدوية البيولوجية

هشاشة العظام

Le 27-05-2019

Mme NOUMEN Fatine

Neuralgie cervico-brachiale Dte sur
Cervicarthrose étendue surtout C4-C5,

C5-C6 et C6-C7 + Uncarthrose

⇒ Physiothérapie Antalgique

⇒ Normes de contractants

de paravertébraux cervicaux

2 séances/m
10 séances

MY KINE
Prévention-Rééducation-Entretien
85 Angle Bd. Yacoub Elmanssour
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

173 شارع يعقوب المنصور، فضاء الأندلس، الطابق الأول، رقم 6، المعاريف، 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



RELEVÉ 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 Assuré 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 rembourse	Motif rejet
Pour MOUMEN EP AMJ FATIMA / 10013895 \ 001CMIM0310M20190615120114										
ALD1141190	27/05/2019	ACTES KINESITHEPEUTE	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)