

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Éducation :

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

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° P19-0045915

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1727 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ben Brahim A. Si'ya

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 22 59 07 14 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) :

Dr. ADNAN Khalid

Cardiologie

254 Av Mohamed Bouziane 1er étage
Salama III Sidi Othmane
20670

Tel.: 05 22 55 41 08

Mobile: 06 66 25 12 44 Whatsapp

Fax: 05 22 55 41 12

Email: kha_adnan@yahoo.fr

00 0 00099 2

le 01/10/2019

M. Ali CHRAIBI MIOU

43,20 x 2
563,00 x 3
92,80 x 3
150,40 x 3
546,00 x 2
07,60 x 2
00,00 x 3
00,00 x 3
424,00 x 3
08,80 x 2
F=5279,80

1) **ZYLORIC Comprimé à 300 mg Bte 28 Comprime**

Prendre 1/2 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

2) **CORALAN Comprimé Pellicule à 7,5 mg Bte 28 Comprime**

Prendre 1 comprimé le matin et le soir, après le repas, pendant 3 mois

3) **OMEPRAL 40 MG GÉLULE**

Prendre 1 gélule le matin, après le repas, pendant 3 mois

4) **VASTAREL LM Comprimé A Lp à 35 mg Bte 60 Comprime**

Prendre 1 comprimé le matin et le soir, après le repas, pendant 3 mois

5) **PLAVIX COMPRIME PELLICULE À 75 MG BTE 28 COMPRIME**

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

6) **LASILIX Comprimé à 40 mg Bte 20 Comprime**

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

7) **COVERSYL COMPRIME PELLICULE SECABLE À 10 MG BTE 30 COMPRIME**

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

8) **CRESTOR Comprimé Pellicule à 20 mg Bte 28 Comprime**

Prendre 1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois

9) **VITANEVRIL FORTE DRAGEES B/30**

Prendre 1 comprimé le matin et le soir

Dr. ADNAN Khalid

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



780534740055650-92
DEMANDE DE REMBOURSEMENT
FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES
Affections de Longue Durée

REFERENCE DOSSIER



(Réservée à la CMIM)

D: _____
 T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom: CHRAÏBI MIOU ALI
 MATRICULE ASSURE: 10060051 N° CIN: B 19255

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom: CHRAÏBI MIOU ALI Lien de parenté: lui-même
 MATRICULE BENEFICIAIRE: 10060051
 Date de naissance: 01/07/48
 Montant des frais (DHS): 5579,80 Nombre de pièces jointes:

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

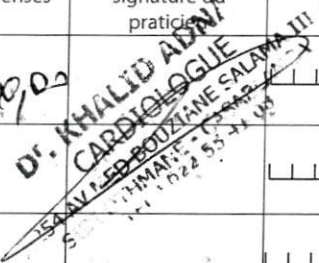
PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade

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	Le 01/10/19	4+ECG	300,00		_____

Radiographie					_____

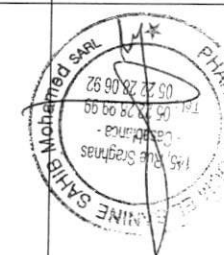
Analyses					_____

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					_____

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

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INP : _____ INPE 092047539

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
01/10/19	Zygoric 30mg	02	43,20		
	Coralan 7,5mg	03	563,00		
	Omeprazole 20mg	03	92,80		
	Vustare? LM	03	150,40		
	Pravix 75mg	02	316,00		
	Easifix 40mg	02	34,60		
	Coversyl 10mg	03	248,00		
	CREstor 20mg	03	424,00		
	Vitaneur fort	02	28,80		
	TOTAL	23	5279,80		

OPTIQUE

Code INP : _____

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

ECG

Dr Khalid ADNAN

NOM:chraibi miou ali ID: Genre: Age:70 DOB:01-01-1948 Date Test:27-09-2019 11:01

Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr Khalid ADNAN

10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Interval. PQ :	356 ms
Durée ECG:	19 s	Interval. QT :	-380 ms
FC :	0 bpm	Interval. QTc :	-49 ms
Durée P :	12 ms	Axe P :	90.0°
Durée QRS :	0 ms	Axe QRS :	90.0°
Durée T :	-410 ms	Axe T :	90.0°

Suggestion :

Filtre Principal:On Filtre ADS:On

Signature Médecin:



RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 07/10/2019
 Num Paiement : 758256
 Assuré : CHRAIBI MIOU ALI
 N° d'immatriculation : 10060051
 Mode de règlement : Virement
 Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <https://assures.cmim.ma/>



CHRAIBI MIOU ALI BMCE BANK "RET"
 BOUSKOURA GOLF CITY
 IMM 45 APPT 2 RDC
 BOUSKOURA 20000
 CASABLANCA
 MAROC



Emis à Casablanca le : 07/10/2019

Page: 2 / 3

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 CHRAIBI MIOU ALI / 10060051 \ 001CMIM0269M20191003279950										
ALD1060349	01/10/2019	ZYLORIC 300 MG (Prix : 43,2 dhs)	2	1.00	85.00 %	86,40	86,40	0.00	73,44	
ALD1060349	01/10/2019	CORALAN 5 MG (Prix : 719 dhs)	3	1.00	85.00 %	1 689,00	2 157,00	0.00	1 435,65	
ALD1060349	01/10/2019	OMEPRAL 20 MG (Prix : 92,8 dhs)	3	1.00	85.00 %	278,40	278,40	0.00	236,64	
ALD1060349	01/10/2019	VASTAREL LM 35 MG (Prix : 150,4 dhs)	3	1.00	85.00 %	451,20	451,20	0.00	383,52	
ALD1060349	01/10/2019	PLAVIX 75 MG (Prix : 316 dhs)	2	1.00	85.00 %	632,00	632,00	0.00	537,20	
ALD1060349	01/10/2019	LASILIX 40 MG (Prix : 34,6 dhs)	2	1.00	85.00 %	69,20	69,20	0.00	58,82	
ALD1060349	01/10/2019	COVERSYL 10 MG (Prix : 248 dhs)	3	1.00	85.00 %	744,00	744,00	0.00	632,40	
ALD1060349	01/10/2019	CRESTOR 20 MG (Prix : 424 dhs)	3	1.00	85.00 %	1 272,00	1 272,00	0.00	1 081,20	
ALD1060349	01/10/2019	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	57,60	57,60	0.00	48,96	
ALD1060349	01/10/2019	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300,00	0.00	255,00	
Total remboursé pour : ALI						5 579,80			4 742,83	

Décompte : 758256 Date de Paiement : 07/10/2019 Prestation : 4 742,83 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)