

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## aladie 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](http://www.mupras.com)

N° P19- 0045915

*Confidentiel*  
Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1727

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : Ben Brahim A.Ssi.ya

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 22 59 07 84 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

1) ZYLORIC Comprime à 300 mg Bte 28 Comprime

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

AS

AS

2) CORALAN Comprime 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 Comprime 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 Comprime 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 Comprime 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

(Réservée à la CMIM )

D:

T:



## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom: CHRAÏBI MIOU ALI

MATRICULE ASSURE: 10060051 N° CIN: B 19955

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : CHRAÏBI MIOU ALI Lien de parenté : fille même

MATRICULE BENEFICIAIRE : 10060051

Date de naissance : 01/07/48

Montant des frais (DHS) : 5579.80 Nombre de pièces jointes : 1

## 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](http://www.cmim.ma)

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : *Ali*  
 Nature de la maladie : *HFA* *cardiopathie*  
 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 | <i>Le 01/10/19</i>        | <i>9+ECG</i>                   | <i>300,00</i> | <i>Dr. KHALID ADN</i><br><i>CARDIOLOGUE</i><br><i>SAIDI</i><br><i>BP. 1000 BOUZIANE SALAMA II</i> |                        |
| 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, DialysePsychothérapie..)

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INP : *INPE 092047539*

| Date            | Détail de l'ordonnance      | Quantité   | Prix Unitaire   | Dépense | OBSERVATIONS |
|-----------------|-----------------------------|------------|-----------------|---------|--------------|
| <i>01/10/19</i> | <i>Zyposic 300mg 15</i>     | <i>15</i>  | <i>43,20</i>    |         |              |
|                 | <i>Corelan 75mg 03</i>      | <i>03</i>  | <i>563,00</i>   |         |              |
|                 | <i>Omeprazole 20mg SV 3</i> | <i>3</i>   | <i>92,80</i>    |         |              |
|                 | <i>Vustarol 1M 503</i>      | <i>503</i> | <i>150,40</i>   |         |              |
|                 | <i>Pravix 75mg 02</i>       | <i>02</i>  | <i>316,00</i>   |         |              |
|                 | <i>Lasix 40mg 02</i>        | <i>02</i>  | <i>34,60</i>    |         |              |
|                 | <i>Coversyl 10mg 03</i>     | <i>03</i>  | <i>248,00</i>   |         |              |
|                 | <i>CRESTOR 20mg 03</i>      | <i>03</i>  | <i>424,00</i>   |         |              |
|                 | <i>Vitanutri fort 09</i>    | <i>09</i>  | <i>28,80</i>    |         |              |
|                 | <b>TOTAL</b>                | <i>23</i>  | <i>5.279,80</i> |         |              |

OPTIQUE

Code INP : *INPE*

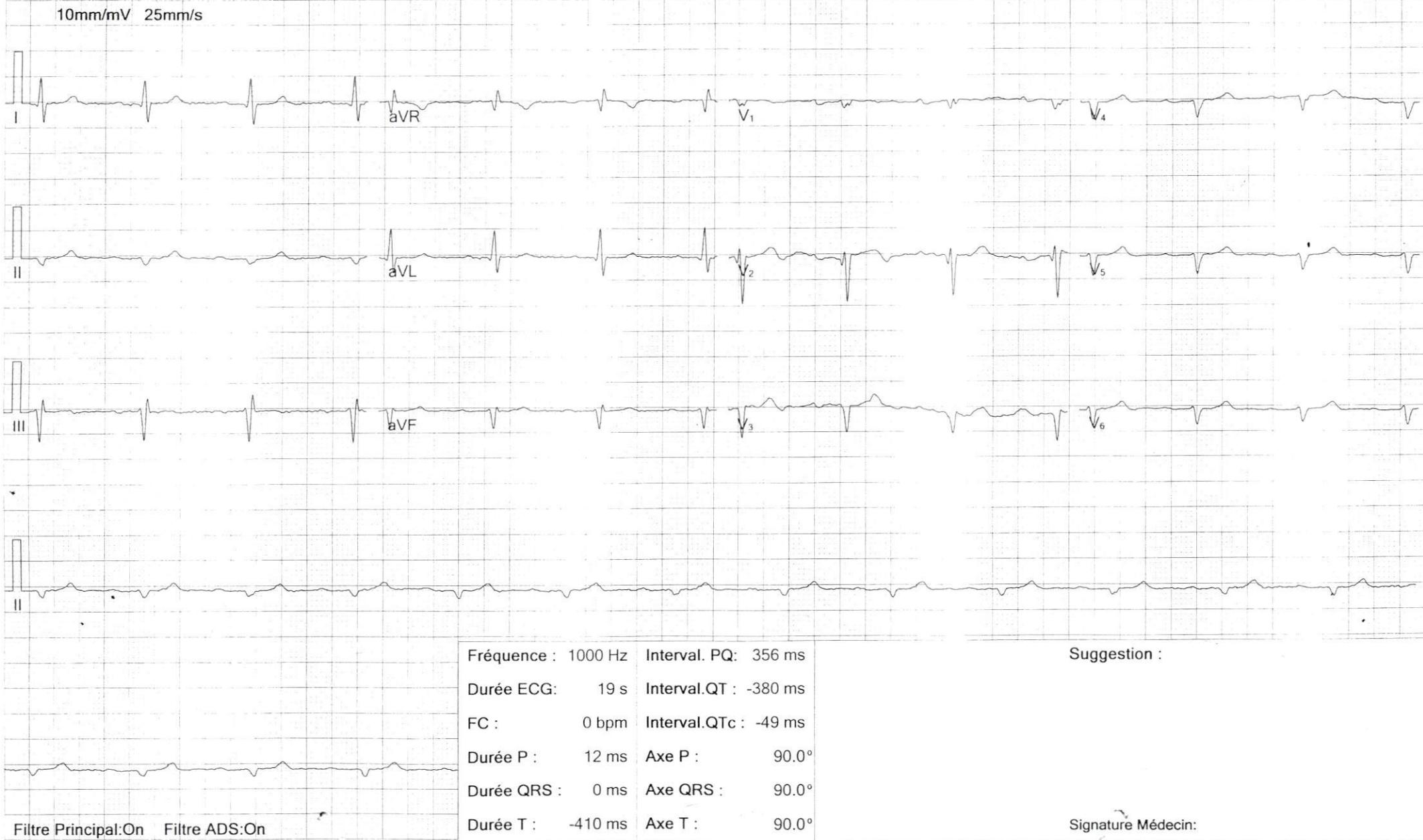
|                     | Date | Montant | Signature et cachet |
|---------------------|------|---------|---------------------|
| Monture             |      |         |                     |
| Verres ou Lentilles |      |         |                     |

# 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





### RELEVE 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 Assure <a href="https://assures.cmim.ma/">https://assures.cmim.ma/</a> |  |



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 rembourse | 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)