

# 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.

## 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

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- 0045910

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1727

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Ben Brahim Assiya

Date de naissance : 02-02-1951

Adresse : Bens Kana Golf City App 2 Im 45 Bens Kana

Tél. : 0522590384

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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) : Ben Brahim Assiya



### RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 19/11/2019  
Num Paiement : 787521  
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 : 19/11/2019

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 CHRAIBI MIOU ALI / 10060051 \ 001CMIM0269M20191007285300 |               |                                   |     |      |                       |           |                       |   |                   |             |
| ML2357771   | 29/08/2019    | OXYGÉNOTHER. (CPAP)<br>POSTE FIXE | 1   | 1.00 | 85,00 %               | 13 800,00 | 13 500,00             | 0.00                                      | 11 475,00         |             |
| Total remboursé pour : ALI                                    |               |                                   |     |      |                       | 13 800,00 |                       |   | 11 475,00         |             |

**Décompte : 787521 Date de Paiement : 19/11/2019 Prestation : 11 475,00 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)



## 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 & 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



78053.474 0055650 92

## DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

REFERENCE DOSSIER



(Réservée à la CMIM)

D: \_\_\_\_\_

T: \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : CHRAÏBI MIOU ALI

MATRICULE ASSURE : 10060051 N° CIN : B19255

## 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) : 13.800,00 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 : .....

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 |                           | :                              |          |                                  | _____                  |
|                  |                           |                                |          |                                  | _____                  |
|                  |                           |                                |          |                                  | _____                  |
|                  |                           |                                |          |                                  | _____                  |
| Radiographie     |                           |                                |          |                                  | _____                  |
|                  |                           |                                |          |                                  | _____                  |
|                  |                           |                                |          |                                  | _____                  |
|                  |                           |                                |          |                                  | _____                  |
|                  |                           |                                |          |                                  | _____                  |
| Analyses         |                           |                                |          |                                  | _____                  |
|                  |                           |                                |          |                                  | _____                  |

| Praticien            | Date début et fin de soins* | Actes, quantité et coefficient | Dépenses | Cachet et signature du praticien  | CODE INP (Obligatoire) |
|----------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------|---|------------------------|
| Auxiliaires médicaux | 02/10/19                    | Extracteur d'argent            | 13800,00 |  | _____                  |
|                      |                             |                                |          |   | _____                  |

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

## FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INP : \_\_\_\_\_

| Date | Détail de l'ordonnance | Quantité | Prix Unitaire | Dépense | OBSERVATIONS |
|------|------------------------|----------|---------------|---------|--------------|
|      |                        |          |               |         |              |
|      |                        |          |               |         |              |
|      |                        |          |               |         |              |
|      |                        |          |               |         |              |
|      |                        |          |               |         |              |
|      | TOTAL                  | .....    | .....         |         |              |

## OPTIQUE

Code INP : \_\_\_\_\_

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

**Professeur Abdelaziz BAKHATAR**

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur  
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie  
de Casablanca -

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation  
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)  
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang

**الدكتور عبدالعزيز باخطار**

أستاذ التعليم العالي سابقا

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A. (شهادة التدريب المتخصص

المعمق بمستشفى بوجون، باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم



Casablanca, le 24 / 9 / 19, في الدار البيضاء.

A - Chaïbi mior Ali

Gaz du sang en air  
ambiant.

Insuffisance Respiratoire  
type 2. prouvée

Professeur Abdelaziz BAKHATAR  
Pneumo-PHILIPPE  
416, Bd Abdelmoumen - Casablanca  
Tel: (+212) 5 22 99 66 24  
ICE: 002051431000012





UNITED MED SARL  
66 rue Ennassour casablanca  
Anfa 20140  
tel 0522-279303  
[www.sdar.ma](http://www.sdar.ma)

DEVIS

DATE: 30/08/2019

DEVIS 870/19

Mr CHRAIBI MIOU ALI

Casablanca

| Description  | P,UNITE   | QTT | tva         | total     |
|--|-----------|-----|-------------|-----------|
| Extracteur d'oxygène<br>Philips Everflo<br>Oxygénothérapie en poste fixe<br>AA210101 | 13 800,00 | 1   | 20%         | 13 800,00 |
| Arreté le present devis à la somme de:<br>Treize mille huit cent dirhams             |           |     |             |           |
| RC283273 IS 37931275 CNSS 9413006<br>ICE 000216517000037 IF 14438918                 |           |     | TOTAL TTC   |           |
|  |           |     | 13 800,00DH |           |

UNITED MED SARL  
66, Rue Ennassour  
Tél: 0522 27 93 03  
Casablanca



DATE: 02/10/2019

FACTURE 750/19

## Casablanca

★10119★  
UNITED MED SARI  
66, Rue Ennoussour 20140 Casa  
Tél: 0522 27 93 03

CASABLANCA LE : 30/09/2019

CHRAIBI MIOU ALI

BOUSKOURA GOLF CITY  
IMM 45 APPT 2 RDC  
BOUSKOURA 20000  
CASABLANCA  
MAROC

**Objet : ACCORD**

Matricule assuré : 10060051

DOSSIER N° : ML2357771

Décompte : 001CMIM0225D20190920256020

Colléctivité : BMCE BANK

COLLEGE :RET

Madame, Monsieur

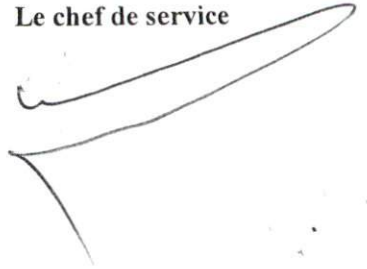
Nous vous prions de trouver ci-joint la réponse à votre demande d'accord concernant **CHRAIBI MIOU ALI** né le **01/07/1948**, ayant pour matricule CMIM **10060051**.

Cet accord a été réalisé en tenant compte des dossiers vous concernant, traités à ce jour, et de vos garanties actuelles.

| ACTE                           | Qté | Coeff | Date début Soins |
|--------------------------------|-----|-------|------------------|
| OXYGÉNOTHER. (CPAP) POSTE FIXE | 1   | 1,00  | 29/08/2019       |

Veillez agréer Madame, Monsieur l'expression de nos sentiments distingués.

Le chef de service





**Professeur Abdelaziz BAKHATAR**

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur  
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie  
de Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation

Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)

Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang

24 Septembre 2019

**الدكتور عبد العزيز باخطار**

أستاذ التعليم العالي سابقا

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A. (شهادة التدريب المتخصص

المعمق بمستشفى بوجون، باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم

Casablanca, le

الدار البيضاء, في

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Professeur Abdelaziz BAKHATAR, docteur en médecine,  
certifie avoir vu ce jour en consultation Monsieur CHRAIBI MIOU ALI.

et qu'il présente une insuffisance respiratoire sévère nécessitant un  
traitement par les antifibrosants et l'oxygène à vie.

Fait ce jour et remis pour faire valoir auprès de, qui de droit.

A Casablanca, le 24 Septembre 2019

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Professeur Abdelaziz BAKHATAR  
Rédigé le 24/09/2019 à 14h00  
Tél : (+212) 5 22 99 66 24  
Fax : (+212) 5 22 99 66 24  
E-mail : bakhataraziz@gmail.com

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur  
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie  
de Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation)  
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)  
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang

29.08.2019

Casablanca, le..... في الدار البيضاء

Mr CHRAIBI MIOU ALI

1 - appareil extracteur d'oxygene

2 - oxygene à domicile 03 litres par minutes 24/24 pendant 02 ans

Professeur Abdelaziz BAKHATAR  
Pneumo-Phisiologue Allergologue  
416, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual  
Rés. Anoual Capital Center 1er Etage N°5  
Tél : (+212) 5 22 99 66 24 - Casablanca  
ICE : 002051431000017

UNITED MEDICAL  
66, Rue Ennoussou  
Tél: 05 22 27 83 02  
Casablanca