

# 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.

## Pathologie 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 canaux, 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 canaux.

## 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- 0041922

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 454 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABALI Mohamed

Date de naissance : 01/01/1943

Adresse : 127 Rue Abou WAQT Res Sekkat- Bourgogne CASA

Tél. : 0665716884 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : DARDARY SAFA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

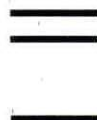
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 03/02/2020  
 Num Paiement : 841743  
 Assuré : DARDARY EP.ABALI SAFIA  
 N° d'immatriculation : 10066595  
 Mode de règlement : Virement  
 Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <https://assures.cmim.ma/>



DARDARY EP.ABALI SAFIA ATTIJARIWABA BANK "RET"  
 127 RUE ABOU WAQT RESD SEKKAT APPT 3  
 2EM ETAGE BOURGOGNE 20000  
 CASABLANCA  
 MAROC



Emis à Casablanca le : 03/02/2020

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 DARDARY EP.ABALI SAFIA / 10066595 \ 001CMIM0310M20200127474872 |               |                              |     |      |                       |          |                       |                                           |                   |             |
| ML1991685                                                           | 18/12/2019    | CONSULTATION SPECIALISTE     | 1   | 1.00 | 85.00 %               | 300,00   | 300.00                | 0.00                                      | 255,00            |             |
| ML1991685                                                           | 18/12/2019    | Forfait larmes artificielles | 1   | 1.00 | 85.00 %               | 344,00   | 344.00                | 0.00                                      | 292,40            |             |
| ML1991685                                                           | 18/12/2019    | PHARMACIE                    | 1   | 1.00 | 85.00 %               | 280,20   | 280.20                | 0.00                                      | 238,17            |             |
| Total remboursé pour : SAFIA                                        |               |                              |     |      |                       | 924,20   |                       |                                           | 785,57            |             |

Décompte : 841743 Date de Paiement : 03/02/2020 Prestation : 785,57 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



## DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

REFERENCE DOSSIER



(Réservée à la CMIM)

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

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

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : ..... 20065678

MATRICULE ASSURE : 20065678 N° CIN : A210944

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : ..... Lien de parenté : .....

MATRICULE BENEFICIAIRE : 20065678

Date de naissance : [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Montant des frais (DHS) : ..... 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](http://www.cmim.ma)

**Docteur Nacer TAZI**

**Ophthalmologiste**

Diplôme Universitaire de Chirurgie  
de la Cataracte et de la Myopie (Besançon)

Diplôme Universitaire Imagerie et Pathologie  
Rétiniennes (Paris 7)



**الدكتور نصر التازي**

**طب وجراحة العين**

دبلوم جامعي في جراحة إعتام عدسة العين  
وقصر النظر (بيزانسون)  
دبلوم جامعي في تصوير وأمراض  
شبكة العين (باريس 7)

Casablanca, le mercredi 10/06/2020

Madame ABALI :

Dans les 2 yeux :

LARMABAK

1 GOUTTE, 4 fois par jour à la demande et en cas de gêne.  
6 mois

HYE

1 GOUTTE, 4 fois par jour à la demande et en cas de gêne.  
6 mois

Dans l'oeil droit :

CHIBROCADON COLLYRE

1 GOUTTE, 6 fois/jour pendant 10 jours

STERDEX

1 Application, 4 fois/jour pendant 10 jours

CHIBRO-CADRON  
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH  
ALMA Maroc  
N° 116 DM/21/NCV  
Distribué par les  
Laboratoires SONHEMA  
BP N° 1, 21132  
Dakhla - MAROC

STERDEX pommade ophtalmique  
Desaméthasone 0,267 mg /  
Oxytétracycline 1,325 mg  
PPV : 26,40 DH

96, Bd d'Anfa N°31 Casablanca - Tél : 05.22.22.22.18