

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.

Radiologie 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

La 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° W21-698715

110433

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0305 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : A. CHAIEB LAHSEN
 Date de naissance : 23/10/91 1938
 Adresse : Casablanca
 Tél. :
 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : M. T. Deryem Age : 17/07/49
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cardiologie
 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 : 10/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
	Demande Remboursement Loy Comentaros			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	Trans unguis	1579,90
	Reulint GART	1263,99
	Reulint MBRAS	315,38

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

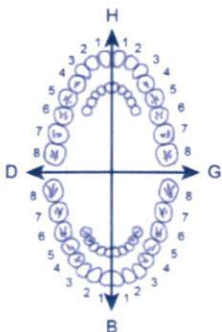
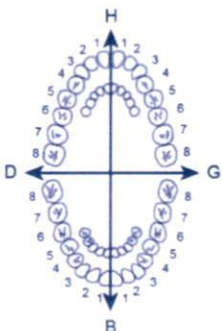
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

Affections de Longue Durée

REFERENCE DOSSIER



(Réservée à la CMIM)

D: 710312024
T:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom: Trimi Meyen ef. Chaieb
MATRICULE ASSURE: 110031631514 N° CIN:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom: Trimi Meyen Chaieb Lien de parenté: me
MATRICULE BENEFICIAIRE: 110031631514
Date de naissance: 17/02/19
Montant des frais (DHS): Nombre de pièces jointes: 1

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau: <u> </u>	
CACHET: <u> </u>	

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: Neim M. Merg

Nature de la maladie: Replacé vitulaire

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	15/02/22	3	300		091057851
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: 09120131219

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
15/02/22	ATACAND 8mg	3	12770		 PHARMACIE BAB ESSALAM 27, Rue de l'Atlas - C.I.L. Casablanca - Tel: 0522 94.15.14 ICE 00108211800087
	crestors	2	114,10		
	Sin Trom	12	20,00		
	Vento Pine	2	45130		
	Serfide	1	338,00		
	TOTAL	20	127990		

OPTIQUE

Code INP:

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			



Page:2 / 2

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou

CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

PHARMACIE BAB ESSALAM
 Mr SEKKAT Omar
 27, Rue de l'Atlas - C.I.L.
 Casablanca - Tél: 0522.94.15.14
 ICE 00108211800087

Casablanca, le 15 Février 2022

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubeir bnou al aouam roches
 noires casablanca
 ATACAND
 8 mg
 Bte de 30
 139/16 DMP/21NRO p.p.v. 127,70 DH
 6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubeir bnou al aouam roches
 noires casablanca
 ATACAND
 8 mg
 Bte de 30
 139/16 DMP/21NRO p.p.v. 127,70 DH
 6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubeir bnou al aouam roches
 noires casablanca
 ATACAND
 8 mg
 Bte de 30
 139/16 DMP/21NRO p.p.v. 127,70 DH
 6 118001 020539

MME Meryem TMIMI

1 - ATACAND 8 mg :
 1 CP X 2 PAR JOUR SANS ARRET

2 - KARDEGIC 75 mg :
 1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET

3 - CRESTOR 5 mg :
 1 CP LE SOIR TOUS LES JOURS SANS ARRET

4 - SINTROM 4MG : SELON TP

5 - OEDES 20 mg : 1 LE SOIR SANS ARRET

6 - VENTOLINE AU BESOIN

7 - SERETIDE 500 : 1 DOSE PAR JOUR SANS ARRET

Maphar
 Bd Alkimia N° 6, QI,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 5mg cp pell b30
 P.P.V : 114,10 DH
 6 118001 183104

Maphar
 Bd Alkimia N° 6, QI,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Crestor 5mg cp pell b30
 P.P.V : 114,10 DH
 6 118001 183104

VENTOLINE 100 mcg
 Aérosol 200 doses
 PPV 45,30 DH

VENTOLINE 100 mcg
 Aérosol 200 doses
 PPV 45,30 DH

Dr. EL MAKHLOUF Ali
 Professeur Agrégé Cardiologie
 5, Rue Med. Abdouh - Casa
 Tél : 05.22.29.81.55/59 - 05.22.47.26.89

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 338,00DH
 6 118001 141111

ITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :
05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54
OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83

pv :
 cp :
 xp :
 Lot :

xp :
 Lot :
 PPV :
 Exp :
 N° Lot :

PPV :
 Exp :
 N° Lot :

Lot :
 Exp :
 N° Lot :

PPV :
 Exp :
 N° Lot :

PPV :
 Exp :
 N° Lot :