

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

## Informations 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.

## Reéducation :

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

## Education :

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.

## Prothèse :

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° P19-0030660

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 247 Société : RETRAITE RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AMOUCHE Samir  
Date de naissance : 01/07/1949  
Adresse : 84 A RESIDENCE DES ROSES APPT 102  
Beau Rivage Casablanca  
Tél. : 0613214100 / 0522894810 Total des frais engagés : 1983,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 26/07/2019  
Nom et prénom du malade : MOUMEN FATIMA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : DIABETE (ENDOCHRONIQUE)  
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 : 12/08/2019  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



## 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:

T:

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : MOUMEN FATIMA BP AMJONEV  
MATRICULE ASSURE : 1 00 1 3 8 9 5 N° CIN : B 32043

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : MOUMEN FATIMA Lien de parenté : M  
MATRICULE BENEFICIAIRE : 1 00 1 3 8 9 5  
Date de naissance : 05 / 10 / 53  
Montant des frais (DHS) : 1983,90 DH Nombre de pièces jointes : 19

### 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: Amr J. Al Bstun

Nature de la maladie: Diabète

CIM-10: .....

## Nature des prestations

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	CODE INP (Obligatoire)
Médecin traitant	26/10/19	C2	3090	
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: 0191043835

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
26/10/19	Insuline	1	24.40		Pharmacie Mouad Ch. ALBI Mouad 59 Bd. Berrechid Ain Chock Casa - Tél: 0522 50 69 74
	Levogyne	1	6.80		
	glucosyl	5	28.00		
	Insuline	4	26.00		
	Zgacil	3	31.30		
	Sof - ryl	1	33.00		
	TOTAL		168.50		

## OPTIQUE

Code INP: .....

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

Docteur Benhima Touria

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse

SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE

ET MALADIES METABOLIQUES

Diabète - Obésité - Nutrition

Cholestérol - Glandes - Stérilité

Ménopause - Andrologie

Sur rendez-vous

الدكتورة بنهيمت ثريث

خريجة كلية الطب بتولوز

اختصاصية في أمراض الغدد

الهرمونية

السكر - التغذية - السمنة

الإضطرابات الهرمونية الجنسية

الاستئصال - الحقم

بالموعد

Casablanca, le 26/7/18

Dr. BENHIMA Touria

Endocrinologie Maladies  
Métaboliques

70, Rue Félix et Max Guedj Casablanca  
Tél : 05 22 29 83 54 / 05 22 29 84 50

Insuline 30 carbocèle.

u1 usic matin  
05 usic midi  
08 usic 16H  
05 usic soir

330. - Zyle 50 - PEW

1000 - Dr. BENHIMA Touria  
Endocrinologie Maladies  
Métaboliques

Levosty 100 - 1 - 0 - 0

Levosty 100 - 25 - 1/2 - 0 - 0

Zylric 200 - 0 - 1 - 0

glucophage 1000 - 1 - 1/2 - 0

(0.7) D-amo 100.000 - 12 pouls 1,530

1683.5 - 12 pouls 13 mo  
w antidiabète

Régime - Soult  
- Biotin  
- DND

Dr. BENHIMA Touria  
Endocrinologie Maladies  
Métaboliques  
70, Rue Félix et Max Guedj Casablanca  
Tél : 05 22 29 83 54 / 05 22 29 84 50





### RELEVÉ DES PRESTATIONS

<p><b>Date de paiement</b> : 15/08/2019</p> <p><b>Num Paiement</b> : 727618</p> <p><b>Assuré</b> : MOUMEN EP AMJ FATIMA</p> <p><b>N° d'immatriculation</b> : 10013895</p> <p><b>Mode de règlement</b> : Virement</p> <p>Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <a href="https://assures.cmim.ma/">https://assures.cmim.ma/</a></p>	<p><b>MOUMEN EP AMJ FATIMA CREDIT DU MAROC "RET"</b></p> <p><b>84 A, RUE DES ROSES RESIDENCE ROSE</b></p> <p><b>APPT 7 BEAUSEJOUR</b></p> <p><b>21200</b></p> <p><b>CASABLANCA</b></p> <p><b>MAROC</b></p>
<p>Emis à Casablanca le : 15/08/2019</p>	
<p>Page: 1 / 2</p>	

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 MOUMEN EP AMJ FATIMA / 10013895 \ 001CMIM0310M20190807200972										
ALD1230768	26/07/2019	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300,00	0.00	255,00	
ALD1230768	26/07/2019	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	423,90	423,90	0.00	360,32	
ALD1230768	26/07/2019	INSULET R 100 UI/ML	4	1.00	85.00 %	1 040,00	1 040,00	0.00	884,00	
ALD1230768	26/07/2019	LEVOTHYROX 100 µG (Prix : 24,4 dhs)	3	1.00	85.00 %	73,20	73,20	0.00	62,22	
ALD1230768	26/07/2019	LEVOTHYROX 25 µG (Prix : 6,8 dhs)	1	1.00	85.00 %	6,80	6,80	0.00	5,78	
ALD1230768	26/07/2019	GLUCOPHAGE 1000 1000 MG (Prix : 28 dhs)	5	1.00	85.00 %	140,00	140,00	0.00	119,00	
Total remboursé pour : FATIMA						1 983,90			1 686,32	

**Décompte : 727618 Date de Paiement : 15/08/2019 Prestation : 1 686,32 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)