

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 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

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.

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A2902

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : CHORFI my ALI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Optique

Autres

Société :

Autre :

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

Age :

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.

09 OCT. 2019

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Allal Siegi Nam

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : Chloé
 Nature de la maladie : T.S.A.
 CIM-10 : F90.1

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		<u>CPsy</u>	<u>Gratuit</u>	<u>G. BENJELLOUN</u> Professeur EN Pedopsychiatrie	
Radiographie					
Analyses					

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux	<u>01.01.19</u> à <u>15.12.19</u>	<u>Folliurefew</u> <u>au 04.04.19 15 séances</u> <u>Psychomotricité</u>	<u>15 x 350</u> <u>5250</u>	<u>Signature G. BENJELLOUN</u>	<u>15250</u>

* la date fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, Diabète, 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			



RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 27/08/2019
 Num Paiement : 730305
 Assuré : LAMOURI MERYEM
 N° d'immatriculation : 10112051
 Mode de règlement : Virement
 Veuillez Consulter Notre Espace Assure <https://assures.cmim.ma/>



LAMOURI MERYEM BMCE BANK "APP"
 Consolidation et Pilotage des Risques
 Groupe
 MAROC



Emis à Casablanca le : 28/08/2019

Page:1 /1

Nous avons le plaisir de vous informer ci-dessous des règlements effectués en votre faveur.

Détail de vos remboursements

Nº dossier	Date de soins	Actes	Qte	Coeff	Taux de Remboursement	Dépenses	Base de remboursement	Remboursement autre mutuelle ou assurance	Montant remboursé	Motif rejet
Pour CHORFI AIDA / 40010913 \ 001CMIM0310M20190717171218										
ML650525	04/04/2019	PSYCHMOTRICITE	15	9.00	85.00 %	5 250,00	2 025,00	0.00	1 721,25	
Total remboursé pour : AIDA										1 721,25

Décompte : 730305 Date de Paiement : 27/08/2019 Prestation : 1 721,25 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

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : ~~HERVEY MOUNI~~ HERVEY MOUNI

MATRICULE ASSURE : 40 J19054 N° CIN : BE 76.27.JU

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : AIDA CHORFI Lien de parenté : Enfant

MATRICULE BENEFICIAIRE :

Date de naissance : 12 07 46

Montant des frais (DHS) : 5950,00 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

Asmaâ NASLOUBY

Psychomotricienne
D.E, ISRP (Paris)

M. f

Le, 04.04.2019 à Casablanca

Facture N°: 106119 pour Prendre en charge psychomotricité
ICP: 001772729000094

Nom patient : Cheffy

Prénom patient : Aïda

Nombre de séances : 15 séances

Prix total : 15 x 360 Dhs = 5250 Dhs

NASLOUBY Asmaâ
Psychomotricienne
250 A, Boulevard Abdelemoumen
Rés. Abrajes Abdelemoumen Etage 2, Appt 7 - Casablanca
Tél.: 05 22 25 76 14 - 06 10 39 08 44 - E-mail : asmaa07naslouby@gmail.com



250 A, Boulevard Abdelemoumen, Rés. Abrajes Abdelemoumen Etage 2, Appt 7 - Casablanca
Tél. : 05 22 25 76 14 - 06 10 39 08 44 - E-mail : asmaa07naslouby@gmail.com

Jan 31, 12, 2014

14.01.2014

17.01.2019

21. 02. 2019

28.01.2019

04.02.2019

07.02.2019

22.02.2014

14-02-8019

18. 02. 2014

28 - 0 2. 2014

04. 03. 2019

11 - 03. 2019

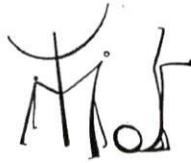
25.03.2019

1940 4.04. 2019

2000 4.04.2019

Asmaâ NASLOUBY

Psychomotricienne
D.E, ISRP (Paris)



Le, ..04..04..2019 .. à Casablanca

Duplicata
de Facture N° 106.19 pour décharge psychomotrice
ICE 001172729000094

Nom patient : cherfi

Prénom patient : Aïda

Nombre de séances : 15 séances

Prix total: 15 x 3500 = 52500 Dhs.

*NASLOUBY Asmaâ
Psychomotricienne
250 A, rés. Abrajs Abdelmoumen
Résidence 2ème étage Appt. N° 7
Casablanca - Tél: 05 22 25 76 14*

250 A, Boulevard Abdelmoumen, Rés. Abrajs Abdelmoumen Etage 2, Apt 7 - Casablanca
Tél. : 05 22 25 76 14 - 06 10 39 08 44 - E-mail : asmaa07nasloubi@gmail.com

~~NASLOUBY ASTRA
Psychomotricienne
250 A, Bld Abdelloumen
Rés. Abrajas Abdelloumen
2ème Etage Appt. N° 7
Casablanca - Tel.: 05 22 25 76 14~~

17. 01. 2019

21. 01. 2019

28. 01. 2019

04. 02. 2019

07. 02. 2019

11. 02. 2019

14. 02. 2019

18. 02. 2019

28. 02. 2019

04. 03. 2019

11. 03. 2019

25. 03. 2019

~~04. 04. 2019~~

~~NASLOUBY ASTRA
Psychomotricienne
250 A, Bld Abdelloumen
Rés. Abrajas Abdelloumen
2ème Etage Appt. N° 7
Casablanca - Tel.: 05 22 25 76 14~~



الصندوق التعاوني المهني المغربي
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

CASABLANCA LE : 29/01/2019

LAMOURI MERYEM

RISQUES AFRIQUE
CASABLANCA
MAROC

Objet : ACCORD

Matricule assuré : 10112051

DOSSIER N° : ML2249545

Décompte : 001CMIM0334D20190124871613

Collectivité : BMCE BANK

COLLEGE :APP

Madame, Monsieur

Nous vous prions de trouver ci-joint la réponse à votre demande d'accord concernant **CHORFI AIDA** né le **12/07/2016**, ayant pour matricule CMIM **40010913**.

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
PSYCHMOTRICITE	15	9,00	31/12/2018

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

Le chef de service

Ghizlane BENJELLOUN

Professeur agrégé en Pédopsychiatrie

Responsable du Service de Pédopsychiatrie au CHU Ibn Rochd Casablanca
Présidente de la Société Marocaine de Pédopsychiatrie et Professions Associées (SMPPA)

Casablanca le : 15/11/2018

NOM :

Dafir Aicha

TSA

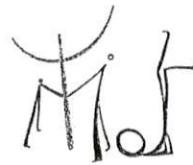
Rééducation psychomotrice (30 séances)



Tél . : 06 61 09 72 81- E-mail : benjelloungh@gmail.com

Asmaâ NASLOUBY

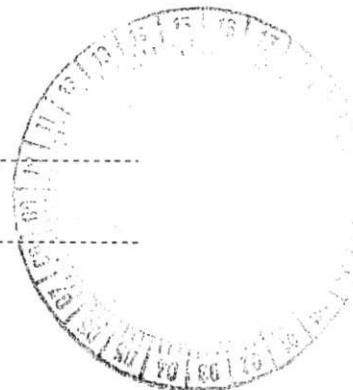
Psychomotricienne
D.E, ISRP (Paris)



Le, 31.12.2018 à Casablanca

Devis N° : 10411.18 pour *Prix en charge psychomotrice.*

Nom patient : Charfi
Prénom patient : Aïda
Nombre de séances : 15 séances



Prix total : ~~15 x 350 Dhs~~ = 5250



ASMAA
Psychomotricienne
Rés. Abrajes Abdelmoumen
250 Avenue Abdelmoumen
2ème Etage Appart. N° 7
Casablanca