

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

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **ique :**

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

## **ducation :**

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.

## **ntaire :**

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.

## **ladie 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

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 847 Société : ROYAL AIR MAROC RETRAITE

Actif  Pensionné(e)

Nom & Prénom : AMJOUEZ Saïd

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : 84 A Résidence des Rois APT N° 7  
RUE AL WARDI BEAUFORT Casablanca

Tél. 0522394810/061321410 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/10/2019

Nom et prénom du malade : MERCIEN FATIMA Age : 66

Lien de parenté :

Lui-même  Conjointe  Enfant

Nature de la maladie : HJA.

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 : 28/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :





### RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 14/10/2019 Num Paiement : 764566 Assuré : MOUMEN EP AMJ FATIMA N° d'immatriculation : 10013895 Mode de règlement : Virement Veuillez Consulter Notre Espace Assure <a href="https://assures.cmim.ma/">https://assures.cmim.ma/</a>	MOUMEN EP AMJ FATIMA CREDIT DU MAROC "RET" 84 A, RUE DES ROSES RESIDENCE ROSE APPT 7 BEAUSEJOUR 21200 CASABLANCA MAROC

Emis à Casablanca le : 14/10/2019

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 remboursé	Motif rejet
Pour MOUMEN EP AMJ FATIMA / 10013895 \ 001CMIM0348M20191011293495										
ADL1099791	08/10/2019	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300,00	0.00	255,00	
ADL1099791	08/10/2019	EXFORGE 5 MG/160 MG 5 / 160 MG / MG (Prix : 361 dhs)	5	1.00	85.00 %	1 805,00	1 805,00	0.00	1 534,25	
ADL1099791	08/10/2019	SECTRAL 200 MG (Prix : 37,8 dhs)	3	1.00	85.00 %	113,40	113,40	0.00	96,39	
ADL1099791	08/10/2019	ASPEGIC NOUR 100 MG (Prix : 21,8 dhs)	2	1.00	85.00 %	43,60	43,60	0.00	37,06	
ADL1099791	08/10/2019	VITANEVRIL FORT	1	1.00	85.00 %	28,80	28,80	0.00	24,48	
Total remboursé pour : FATIMA						2 290,80			1 947,18	

Décompte : 764566 Date de Paiement : 14/10/2019 Prestation : 1 947,18 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 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

(Réservée à la CMIM )

D:

T:



\* A D L 1 0 9 9 7 9 1 \*

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : MOUMEN FATIMA, ( épouse : AMJOUEL )

MATRICULE ASSURE : 1100131895 N° CIN : B32043

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : MOUMEN FATIMA Lien de parenté : Muri Mame

MATRICULE BENEFICIAIRE : 1100131895

Date de naissance : 05/10/53

Montant des frais (DHS) : 2312,60 DH Nombre de pièces jointes : 13

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR
Numéro bordereau : .....
CACHET

CACHET DE LA MUTUELLE

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 : *ME MUYMIN Fath*

Nature de la maladie : *H.I.*

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	08/06/19	(3) 300		<i>Dr. EL MAKHLOUF Ali Professeur Agrégé Cardiologue 5, Rue Med. Abdoull - Casa Tél: 0522 41 55 55</i>	<i>091057851</i>
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, DialysePsychothérapie..)

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INP : *0910438135*

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
01/07/19	Expan 1/2	5	361.-		
	Sect 1/2	3	37.80		
	vitonafilm	1	28.80		
	Aspergiles	3	21.80		
	TOTAL		2012.60		

OPTIQUE

Code INP : *.....*

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

**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**

**Fax : 0522.22.62.97**

**Dom : 0522.79.85.32**

**GSM cabinet : 06 78 18 18 16**

**Casablanca, Le 08/10/2019**

**MME MOUMEN EP AMJOUEL Fatima**

*36 N° 1*  
**1 - EXFORGEHCT 10mg:/160 mg/12.5 mg  
1 CP PAR JOUR SANS ARRET**

*37 N° 2*  
**2 - SECTRAL 200 mg : 1 / 2 CP PAR JOUR  
SANS ARRET**

*27 8 N° 3*  
**3 - VITANEVRYL FORTE : 1 CP X4/J**

*14 N° 4*  
**4 - ASPEGIC 100 mg :  
1 SACHET A MIDI TOUS LES JOURS**

**Traitement pour 04 mois**

**Pharmacie Mouad  
CHRAIBI Mouad  
59, Bd. Berrechid Ain Chock  
Casa - Tél: 0522 50 89 14**

**Dr. EL MAKHLOUF A  
Professeur Agrégé Cardiolog  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél: 0522.29.81.55/59, 0522.47.26.89**