

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

taire :

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.

adie 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 actière 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- 0012493

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 847 Société : RAM RETRAITÉ
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : AMJOVA SAIN Date de naissance : 01/01/1949
Adresse : 84 résidence des robes apt 07 Casablanca
Tél. 061321410/0522 39 4812 des frais engagés : 1864,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 



Date de consultation : 04/07/2020

Nom et prénom du malade : CY, AY

Lien de parenté : Lui-même Comptant

Nature de la maladie : CY, AY

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : CY, AY

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 : _____

Le : _____

Signature de l'adhérent[e] : 

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



REFERENCE DOSSIER



* ALD8014647 *

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : Moumen Fatima ED AMJUEL
MATRICULE ASSURE : 100013395 N° CIN : 832043

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

Nom et Prénom : Moumen Fatima Lien de parenté : M
MATRICULE BÉNÉFICIAIRE : 100013395
Date de naissance : 05/10/53
Montant des frais (DHS) : 1864,40 DH Nombre de pièces jointes : 22

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

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

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : Amjouel Fettoune
 Nature de la maladie : endocrine
 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	26/11/20 Cr	1		10/11/2022	1022525
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

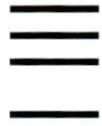
Code INP : 1022525

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
24/11/2020	① Iusulet 30/70	04	260,00	1040,00	
	② cléorhyrox 100	04	24,40	97,60	
11/12/2020	③ Zyloric 200	04	31,30	125,20	
	④ Gluophage 1000	09	28,00	252,00	
	⑤ D-cure 100.00	01	49,60	49,60	
	TOTAL	22		1564,40	DH

OPTIQUE

Code INP : 1022525

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			



RELEVE DES PRESTATIONS

<p>Date de paiement : 07/12/2020 Num Paiement : 1017004 Assuré : MOUMEN EP AMJ FATIMA N° d'immatriculation : 10013895 Mode de règlement : Virement Veuillez Consulter Notre Espace Assure https://assures.cmim.ma/</p> <p></p>	<p>MOUMEN EP AMJ FATIMA CREDIT DU MAROC "RET" 84 A, RUE DES ROSES RESIDENCE ROSE APPT 7 BEAUSEJOUR 21200 CASABLANCA MAROC</p> <p></p>
<p>Emis à Casablanca le : 07/12/2020</p>	<p>Page:1 /3</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 rembourse	Motif rejet
Pour MOUMEN EP AMJ FATIMA / 10013895 \ 001CMIM0211M20201202920516										
ALD8014647	24/11/2020	INSULET R 100 UI/ML	4	1.00	85.00 %	1 040,00	1040.00	0.00	884,00	
ALD8014647	24/11/2020	LEVOTHYROX 100 µG (Prix : 24,4 dhs)	4	1.00	85.00 %	97,60	97.60	0.00	82,96	
ALD8014647	24/11/2020	GLUCOPHAGE 1000 1000 MG (Prix : 28 dhs)	9	1.00	85.00 %	252,00	252.00	0.00	214,20	
ALD8014647	24/11/2020	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	174,80	174.80	0.00	148,58	
Total remboursé pour : FATIMA							1 564,40		1 329,74	

Décompte : 1017004 Date de Paiement : 07/12/2020 Prestation : 1 329,74 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)

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

دكتورة بنهمة تريه

خريجة كلية الطب بتولوز

تخصصية في أمراض الغدد

الهرمونية

السكر - التغدية - السمنة

الاضطرابات الهرمونية الجنسية

الكولسترول - العقم

بالموعد

Casablanca, le 24/11/

Mme AMJOUEL FATIMA N° 55 MOUNIB

Insuline cartouchonique 30

4x25U 1 USIC matin

am

05 USIC midi

05 USIC à 16h

4x24U levothyrroxine 100 = 1 - 0 - 0

de

Zyfloride 200 = 0 - 1 - 0

4x313U Glucophage 1000 = 1 - 1 - 1

3

5+28 Scure 100.00 = 1 ampoule J1 - J30

mois

1x49,60 400U puis 1 ampoule 13 mois

1584,11 400U puis 1 ampoule 13 mois

the cardiologue + the Rheumatologue

- Régimes = - Goutte

- Dénal + + +

- D.I.D

Plastique Abouan
CHRAIBI Farid
59, Bd. Bencheikh El Ghoch
Casab - Tel: 0622 59 89 14

Dr. Benhima Touria