

# 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.

## 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.

## Optique :

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

## Educational :

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

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



ND. 52433

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0012495

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 847 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE  
Nom & Prénom : AMJOUEL DAID Date de naissance : 01/01/1949  
Adresse : 84 LES DES ROSES APPT 07 BOULEVARD SAJJOUH CASABLANCA  
Tél. : 0613214100 / 0522394210 Total des frais engagés : 2320,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....  
Nom et prénom du malade : .....  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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.

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



## DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

### Affections de Longue Durée

REFERENCE DOSSIER



\* ALD8016538 \*

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : MOUMEN FATIMA EP AMJUEL  
MATRICULE ASSURE : 1 0 0 1 3 8 9 5 N° CIN : B32043

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : MOUMEN FATIMA Lien de parenté : M  
MATRICULE BENEFICIAIRE : 1 0 0 1 3 8 9 5  
Date de naissance : 05 10 53  
Montant des frais (DHS) : #2327,40 DH Nombre de pièces jointes : 13

### 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 :

Me Fatima MAMMOUD CHAÏRA

Nature de la maladie :

H.T.A

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 | 05/11/06                  | G3                             | 300      | Dr. EL MAMMOUD CHAÏRA            | 091857861              |
|                  |                           |                                |          |                                  |                        |
|                  |                           |                                |          |                                  |                        |
| 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 :

| Date     | Détail de l'ordonnance | Quantité | Prix Unitaire | Dépense | OBSERVATIONS |
|----------|------------------------|----------|---------------|---------|--------------|
| 05/11/06 | Edpange                | 5        | 362.00        | 1805.00 |              |
| 11/11/06 | Secth 200              | 3        | 37.80         | 113.40  |              |
| 20/11/06 | Aspirine               | 5        | 21.80         | 109.00  |              |
|          | 100 scabits            |          |               |         |              |
|          | TOTAL                  | 13       |               | 2027.40 |              |

## OPTIQUE

Code INP :

|                     | Date | Montant | Signature et cachet |
|---------------------|------|---------|---------------------|
| Monture             |      |         |                     |
| Verres ou Lentilles |      |         |                     |

Pharmacie Mouad  
CHRAÏBI Mouad  
39, Bd Benicchi  
Casablanca, Maroc  
Tél: 0522 60 89 14



### RELEVÉ DES PRESTATIONS

|  |   |
|--|---|
| <b>Date de paiement</b> : 07/12/2020<br><b>Num Paiement</b> : 1017004<br><b>Assuré</b> : MOUMEN EP AMJ FATIMA<br><b>N° d'immatriculation</b> : 10013895<br><b>Mode de règlement</b> : Virement<br>Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <a href="https://assures.cmim.ma/">https://assures.cmim.ma/</a> | <b>MOUMEN EP AMJ FATIMA CREDIT DU MAROC "RET"</b><br><b>84 A, RUE DES ROSES RESIDENCE ROSE</b><br><b>APPT 7 BEAUSEJOUR</b><br><b>21200</b><br><b>CASABLANCA</b><br><b>MAROC</b> |
|  |   |
| Emis à Casablanca le : 07/12/2020  |   |
| Page:2 / 3   |   |

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 \ 001CMIM0211M20201203923328 |               |  |     |      |                       |          |                       |   |                   |             |
| ALD8016538  | 05/11/2020    | CONSULTATION SPECIALISTE                             | 1   | 1.00 | 85.00 %               | 300,00   | 300.00                | 0.00                                      | 255,00            |             |
| ALD8016538  | 05/11/2020    | EXFORGE 5 MG/160 MG 5 / 160 MG / MG (Prix : 361 dhs) | 5   | 1.00 | 85.00 %               | 1 805,00 | 1805.00               | 0.00                                      | 1 534,25          |             |
| ALD8016538  | 05/11/2020    | SECTRAL 200 MG (Prix : 37,8 dhs)                     | 3   | 1.00 | 85.00 %               | 113,40   | 113.40                | 0.00                                      | 96,39             |             |
| ALD8016538  | 05/11/2020    | PHARMACIE  | 1   | 1.00 | 85.00 %               | 109,00   | 109.00                | 0.00                                      | 92,65             |             |
| Total remboursé pour : FATIMA                                     |               |  |     |      |                       | 2 327,40 |                       |   | 1 978,29          |             |

**Décompte : 1017004 Date de Paiement : 07/12/2020 Prestation : 1 978,29 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)

**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 05/11/2020

MME MOUMEN EP AMJOUEL Fatima

5X361100  
1 - EXFORGEHCT 10mg/160 mg/12.5 mg  
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

3X3720  
2 - SECTRAL 200 mg : 1 /2 CP PAR JOUR  
SANS ARRET

✓ 3 - VITANEVRYL FORTE : 1 CP X4/J sans arrêt

5X2120  
4 - ASPEGIC 100 mg :  
1 SACHET A MIDI TOUS LES JOURS

2027140

Dr EL MAKHLOUF Ali  
Professeur de Cardiologie  
Explorations Cardio-vasculaires



Nom: FATIMA MOUMEN EP AMJOUEL  
Numéro: MOUMEN EP AMJOUEL FATIMA  
M ou Mme: Féminin  
né le: 05/10/1953 Age: 67 an

Enregistré: 05/11/2020 09:44:10  
Enregistré par  
Médecin de référence  
Endroit:  
Commentaire:

P / PQ 132 ms / 163 ms  
QRS dur: 97 ms  
QT / QTc / QTd 442 m / 458 m / -  
P/QRS/T axis: 65° / -29° / -12°  
Rythme cardiaque: 69 bpm

B 130/75

P 73

