

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

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.

ique :

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

éducation :

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.

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. 52434

Déclaration de Maladie : N° P19- 0012494

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0847 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : AMOUEL Sam Date de naissance : 01/01/1949
Adresse : 84 Résidence DES ROSES ALTOY RFA 60000
Tél : 0613214110 / 06 22394813 Total des frais engagés : 1600,00 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 & 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

REFERENCE DOSSIER



(Réservée à la CMIM)

D: _____
T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : MOUMEN FATIMA ED AMJOUEL
MATRICULE ASSURE : 110013895 N° CIN : 832 043

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : MOUMEN FATIMA Lien de parenté : Mère
MATRICULE BENEFICIAIRE : 110013895
Date de naissance : 05/10/53
Montant des frais (DHS) : 5.600,00 Nombre de pièces jointes : 01

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau :	
CACHET	

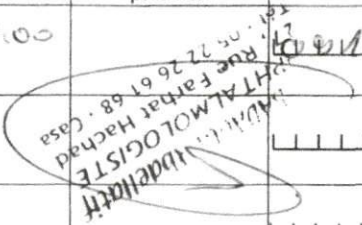
SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa – CASABLANCA Tél: 0522.20.24.20/21 Fax : 0522.26.24.51

Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : www.cmim.ma

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : M. S. EL AMRANI
 Nature de la maladie : Diabète
 CIM-10 : E11.9

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	22-6-2020	2	40000		1001010000
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...)

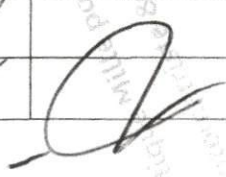
FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INP :

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
	TOTAL				

OPTIQUE

Code INP :

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture	27/06/20	12000	
Verres ou Lentilles	27/06/20	40000	

52000

DR BADAoui ABDELLATIF

Ophtalmologiste spécialiste de la chirurgie de la cataracte et de la correction visuelle au laser des myopies, astigmatismes, hypermétropies et presbytie

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-vingt à Paris

الدكتور بدوي عبد اللطيف

اختصاصي في جراحة العيون المياه البيضاء
و تصحيح البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب

خريج كلية مونتبليي بفرنسا
ملحق سابق بمستشفى فان. كائز بباريس

Casablanca, le 22-06-2020 في البيضاء

Madame MOUMEN EP AMJOUEL Fatima

VERRES + MONTURE

PROGRESSIFS

Oeil Droit : $(65^\circ -0,50) + 1,75$, Addition + 3,00

Oeil Gauche : $(85^\circ -0,50) + 1,75$, Addition + 3,00

Optique Mlle pour tout
Optométriste et Opticien

Dr. BADAoui Abdellatif
OPHTALMOLOGISTE
27, Rue Farhat Hachad
Tél.: 05 22 26 61 68 - Cas



Consultations : Tél.: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 - N° 27 rue Farhat Hachad (perpendiculaire Bd. du 11 janvier), Casablanca

Urgences : Tél.: 0522 20 92 43 / 0522 22 12 96 - Clinique Rachidi, 43 Bd. Rachidi, Casablanca.

www.drbadaouiabdellatif.com - www.casablanclaser-vision.com



Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : N° 0103395

Date : 25/06/2020

Mr : MOHAMED AMJOUH - LATIF

Docteur : BIDAoui ABDE LATIF

Type des Verres : PROGRESSIF ORMA PHOTO BI
EXTRA 90

Monture : OPTIQUE 1200

* Vision de Loin :

OD Axe 6° Cyl -0.50 Sph +1.75 2000

OG Axe 8° Cyl -0.50 Sph +1.75 2000

* Vision de Près :

OD Axe Cyl Sph

OG Axe 1.2 Cyl 1.1 Sph 1.1

Add : 3.00

Montant : 5200

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de : 5200

OTILIE DEMI OT-0145

DR BADAOUI ABDELLATIF

Ophtalmologiste spécialiste de la chirurgie de la cataracte et de la correction visuelle au laser des myopies, astigmatismes, hypermétropies et presbytie

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-vingt à Paris

الدكتور بدوي عبد اللطيف

تخصص في جراحة العيون المياه البيضاء
تصحيح البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب

خريج كلية مونبولي بفرنسا
لاحق سابق بمستشفى فان - كانز بباريس

Casablanca, le 22-06-2020 في البيضاء

Madame MOUMEN EP AMJOUEL Fatima

VERRES + MONTURE

PROGRESSIFS

Oeil Droit : $(65^\circ -0,50) + 1,75$, Addition + 3,00

Oeil Gauche : $(85^\circ -0,50) + 1,75$, Addition + 3,00

Optique Mille pour l'œil
Optométriste & Opticien

Dr. BADAOUI Abdellatif
OPHTALMOLOGISTE
27, Rue Farhat Hachad
Tél.: 05 22 26 61 68 - Casablanca



RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 06/07/2020
Num Paiement : 919671
Assuré : MOUMEN EP AMJ FATIMA
N° d'immatriculation : 10013895
Mode de règlement : Virement
Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <https://assures.cmim.ma/>



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 : 06/07/2020

Page:2 / 2

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 \ 001CMIM0348M20200701679814										
ML2389011	22/06/2020	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	400,00	300.00	0.00	255,00	
ML2389011	22/06/2020	MONTURE	1	1.00	600.00 forf	1 200,00	1200.00	0.00	600,00	
ML2389011	22/06/2020	VERRES	2	1.00	85.00 %	4 000,00	3824.00	0.00	3 250,40	
Total remboursé pour : FATIMA						5 600,00			4 105,40	

Décompte : 919671 Date de Paiement : 06/07/2020 Prestation : 4 105,40 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)