

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

N° W21-796857

Complément

AS 7397

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____

Matricule : 10452 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELAMRAOU SETTY


Date de naissance : 26/07/1975

Adresse : _____

Tél. : _____ Total des frais engagés : _____

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : _____

Cachet du médecin : 

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : _____

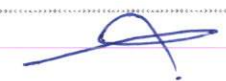
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at-
médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASR

Le : 14/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : [][][][][][][][][][]

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible][illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Jamal SIBAI

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris

Horaires d'ouverture :

du Lundi au jeudi 9h à 15h.

Samedi 9h à 11h.

Fermé le vendredi, samedi après-midi et le dimanche.

الدكتور جمال السباعي

اختصاصي في أمراض القلب والشرابيين
خريج كلية الطب بباريس

أوقات العمل من الإثنين إلى الخميس من 9 إلى 15

والسبت من 9 إلى 11

العيادة مغلقة يوم الجمعة والسبت بعد الزوال والأحد

N° d'identification du praticien : 001129718

Casablanca

الرقم الوطني الاستدلالى :

الدار البيضاء

34009390

26 77 72

28 JUL. 2022

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE
Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél : 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

922 d 90

h 29/7/22

INEGY 107/207 14/8
6 boites

6un

Dr. J. SIBAI

CARDIOLOGUE

Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél : 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

Dr. J. SIBAI

CARDIOLOGUE

Angle 38, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél : 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

PHARMACIE JEHNIET
MARTIN MR JEHNIET
18, COURS DE LA LIBERTE
69003 LYON
FRANCE

N° SIRET: 38320043200016
Code NAF: 4773Z - FR49383200432

Designation	Code Ute	PU	Montant
	IVH	TTC	TTC

vente directe

3400939090611	4	2	43,11	87,54
INEBY 10MG/20MG LPR PLU/ 30				
3400930060241	4	1	4,60	4,60
DIMEPRAL MYL PM 20MG bel gast PIQ/28				

Total TTC	92,14
A Payer	92,14

TOTAL A PAYER : 92,14 (604,40F)

Montant HT : 90,23

Code

IVH	Taux	HT	IVH	TTC
4	2,10	90,23	1,89	92,14

Especies : 92,14

Le 23/01/2022 à 18h22 Op. : 1 - J

Montants exprimés en euros

A BIENVENUE

MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 168993/340330

8323/03/0-1

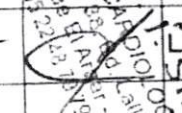
124/ 11/FACITURATION/TICKET/4/N/VOLUME/RYUN
/2.14.1.3. RIU-109/1

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : EL RHODARI HASSAN
 Nature de la maladie (1) : hypertension
 CIM-10 : I10 26 JUL 2022

(1) A fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CMMI)

NATURE DES PRESTATIONS

Praticien	Date début et fin de soins	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Médecin traitant *** Nature d'acte à préciser	23/07/2022	6			061129748
Radiographie *** Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios...) *** Déclaration des circonstances du traumatisme si c'est le cas					
Analyses *** Demande d'accord préalable est obligatoire pour tout bilan lourd et spécifique					

Praticien	Date début et fin de soins (1)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

(1) La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie...)
 - Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE:

Date (1) début Traitement	Date (1) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
		2 INSS 10/10 (90) 2 99/7/22	2	4377	= 8754
		TOTAL			

(1) Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE (1)

Code INPE:

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(1) La prescription et la facture des verres sont obligatoires.
 - En cas de changement d'acuité visuelle, un certificat du médecin traitant mentionnant l'ancienne et la nouvelle acuité est obligatoire pour le remboursement des verres avant délai.

QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 1- Établir une feuille de soins par personne et par événement.
- 2- La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire) ...
- 3- Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.
- 4- 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).
- 5- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les trois mois qui suivent le dernier acte médical.
- 6- Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.
- 7- Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.
- 8- L'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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 conseils, 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, 35 Bd d'Anfa, 20000 - CASABLANCA.

Ce traitement a reçu récépissé de la commission nationale de contrôle la protection des données à caractère personnel, sous le numéro A-161/2013 en date du 28/02/2014



REFERENCE DOSSIER

87,54 EUROS



* ML 3 2 5 5 1 8 5 *

DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E) (1)

Nom et Prénom : EL RHODAIRI HASSAN

MATRICULE ASSURE : 19954129

N° CIN :

BE84943

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : EL RHODAIRI HASSAN Lien de parenté :

MATRICULE BENEFICIAIRE :

Date de naissance : 10/05/47

Montant des frais (DHS): 87,54 EUROS Nombre de pièces jointes : 103

(1) L'exactitude et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau :	
CACHET	

SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tél : 05 22 20 24 20 / 21 Fax : 05 22 26 24 51

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

RELEVÉ DES PRESTATIONS



الصندوق التعاوني المهني المغربي

Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

Date de paiement : 20/02/2023
 Num Paiement : 1593113
 Assuré : EL RHODAIBI HASSAN
 N° d'immatriculation : 10054129
 Mode de règlement : Virement

EL RHODAIBI HASSAN (BANK OF AFRICA)
 AUC
 EL OULFA MAROC

Emis à Casablanca le : 03/03/2023

Page : 1

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

N° dossier	Date de soins	Actes	Qte	Coef	Taux de Remboursement	Dépenses	Base de remboursement	Remboursement autre mutuelle ou assurance	Montant rembourser	Motif rejet
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0234N20230216355855										
ML3255185	28/07/2022	PHARMACIE	-1	1,00	85,00	-87,54	-87,54	0,00	-74,41	
Total remboursé pour HASSAN						-87,54			-74,41	
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0234R20230216355854										
ML3255185	28/07/2022	PHARMACIE	1	1,00	85,00	965,45	965,45	0,00	820,63	
Total remboursé pour HASSAN						965,45			820,63	
Pour EL AMRAOUI SETTY /20054130 \001CMIM0280M20230214347918										
IL10777541R	14/09/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1,00	100,00	300,00	300,00	0,00	45,00	
IL10777541R	14/09/2022	PHARMACIE	1	1,00	100,00	153,70	153,70	0,00	30,74	
Total remboursé pour SETTY						453,70			75,74	
Total général remboursé									821,96	