

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALD 2

- 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

Déclaration de Maladie

N° W21-793127

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

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'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)

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

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

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

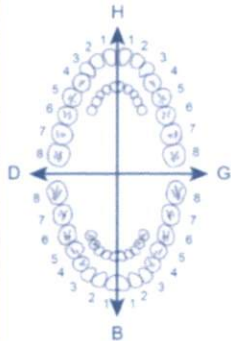
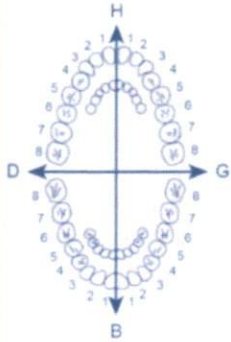
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



* ALD8032769 *

(Réservée à la CMIM)

D: _____

T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : MOUMEN FATIMA EL AMJOUEL
MATRICULE ASSURE : 10013895 N° CIN : B32043

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : MOUMEN FATIMA Lien de parenté : Mother
MATRICULE BENEFICIAIRE : 10013895
Date de naissance : 05/10/53
Montant des frais (DHS) : 3832,90 DH Nombre de pièces jointes : 34

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 :

Nature de la maladie :

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	01 MARS 2023 01 MARS 2023		3000	Prof. Ahmed FAROUK Endocrinologie - Diabétologie 187, Bd. Abdelmoumen N°27 - Casablanca Tél: 0522 20 07 03 - 0522 20 75 76 Code INP: 091028514	
Radiographie					
Analyses					

[illegible]

* 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
Le 01.03.23	Levotyva	3	24.40		<div style="transform: rotate(-45deg);"> Pharmacie Nord 84, rue de la République 93000 St. Ouen Tel: 06.32.00.99.99 </div>
	Humbler	3	111.00		
	Trojecta	3	374.00		
	glucophage	6	28.00		
	zyloic	1	46.70		
	Rolodol	1	87.00		
	on. coll	2	130.00		
	TOTAL		73532.90		

OPTIQUE

Code INP :

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			



RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 10/04/2023 Num Paiement : 1633500 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 : 10/04/2023	
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 \ 001CMIM0305M20230405446048										
ALD8032769	01/03/2023	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300.00	0.00	255,00	
ALD8032769	01/03/2023	LEVOTHYROX 100 µG (Prix : 24,4 dhs)	3	1.00	85.00 %	73,20	73.20	0.00	62,22	
ALD8032769	01/03/2023	HUMALOG MIX 25 100 UI (Prix : 111 dhs)	3	1.00	85.00 %	333,00	333.00	0.00	283,05	
ALD8032769	01/03/2023	TRAJENTA 5 MG	3	1.00	85.00 %	1 122,00	1122.00	0.00	953,70	
ALD8032769	01/03/2023	GLUCOPHAGE 1000 1000 MG (Prix : 28 dhs)	6	1.00	85.00 %	168,00	168.00	0.00	142,80	
ALD8032769	01/03/2023	ZYLORIC 100 MG (Prix : 46,7 dhs)	1	1.00	85.00 %	46,70	46.70	0.00	39,70	
ALD8032769	01/03/2023	BANDELETTES DIABETE TYPE 1	1	1.00	85.00 %	260,00	260.00	0.00	221,00	
ALD8032769	01/03/2023	PHARMACIE NON REMB	1	1.00	forf	87,00	87.00	0.00	0.00	relaxium
Total remboursé pour : FATIMA						2 389,90			1 957,47	

Décompte : 1633500 Date de Paiement : 10/04/2023 Prestation : 1 957,47 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 prospectu
- Le médecin traitant ainsi que les auxiliaires médicaux doivent renseigner obligatoirement l'Identifiant National du Praticien (IN

Docteur Ahmed FAROUQI

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie
et Maladies de la Nutrition

Ancien Chef de Service d'Endocrinologie au CHU de Casablanca
Ancien Professeur à la Faculté de Médecine de Casablanca
Lauréat de la Faculté de Médecine de Lyon

الدكتور أحمد الفاروقي

أخصائي في أمراض الغدد والسكري
وأعراض التغذية

رئيس سابق بمصلحة أمراض الغدد بالدار البيضاء
أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
خريج كلية الطب بليون

Casablanca, le

-1 MARS 2023

que moumen Farouqi

24.00 x 3

Insulin 100

16 1 up/hr (4 hr/7)

Humalog max 25 =

35 - 12

324.00 x 3

Asparta 5mg

28.00 x 6 1 up/hr

Calciphos 1000

46.00 1 up + 2/hr

tylenol 100

1 up/hr

Traité de

Pharmacie Mouad
CHRA Mouad
58, Bd. Abdelmoumen Ain Chock
Casa - Tél: 0522 20 75 76

Prof. Ahmed FAROUQI
Endocrinologue - Diabétologue
187, Bd Abdelmoumen N° 27 - Casablanca
Tél: 0522 20 07 03 - 0522 20 75 76
Code INP: 091028514

Espace Walili 187, Bd Abdelmoumen, 7ème étage, N° 27. Casablanca - Tél.: 05 22 20 07 03 / 05 22 20 75 76

إقامة وليلي 187، شارع عبد المومن، الطابق 7، الرقم 27. الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 20 75 76 / 05 22 20 07 03

E-mail : endocrino.diabeto87@gmail.com : البريد الإلكتروني

87-
Majid B
Pharmacie
Prof. Ahmed FAROUKI
Endocrinologie - Diabétologie
187, Bd. Abdelmonem N° 27, Casablanca
Tel : 0522 20 07 03 - 0522 20 75 76
Code IMP : 091028514

130
Pharmacie
Prof. Ahmed FAROUKI
Endocrinologie - Diabétologie
187, Bd. Abdelmonem N° 27, Casablanca
Tel : 0522 20 07 03 - 0522 20 75 76
Code IMP : 091028514

Prof. Ahmed FAROUKI
Endocrinologie - Diabétologie
187, Bd. Abdelmonem N° 27, Casablanca
Tel : 0522 20 07 03 - 0522 20 75 76
Code IMP : 091028514

3532.9

Pharmacie Mohamed
Prof. Ahmed FAROUKI
Endocrinologie - Diabétologie
187, Bd. Abdelmonem N° 27, Casablanca
Tel : 0522 20 07 03 - 0522 20 75 76
Code IMP : 091028514

Pharmacie Mohamed
Prof. Ahmed FAROUKI
Endocrinologie - Diabétologie
187, Bd. Abdelmonem N° 27, Casablanca
Tel : 0522 20 07 03 - 0522 20 75 76
Code IMP : 091028514

PHARMACIE MOUAD

MR. CHRAIBI MOUAD

59 BD BERCHID AIN CHOUCK CASA

256150

Taxe Profes. N°: 34033060

N° R.C. : 256150

N° ID.F. : 40711090

N° CNSS : 1303429

Tel : 52-04-35

Fax :

Moumen fatima

I.C.E. :

N° ICE 000832048000001 CASA

Pharmacie Mouad
CHRAIBI MOUAD
59, Bd. Berchid Aïn Chouck
CASA - Tél: 0522 00 00 14

Le : 16/03/2023

FACTURE N°: 523/23

Qté	Désignation	Prix	Montant
2	ON CALL PLUS BANDELETTES	130.00	260.00

Total : 260,00

TVA 20% 43.33

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

DEUX CENT SOIXANTE DIRHAMS

Pharmacie Mouad
CHRAIBI MOUAD
59, Bd. Berchid Aïn Chouck
CASA - Tél: 0522 00 00 14