

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 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

Déclaration de Maladie

N° W21-793131

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0847 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : AMOJVA JAIS
 Date de naissance : 01/01/1949
 Adresse : 84 RESIDENCE DES ROSES BOIT N°7
 RUE EL ANASSER BEAU SEJOUR CASABLANCA
 Tél : 0613214110 / 0522394810
 Total des frais engagés : Dhs

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'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 : 26/04/23

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.

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

[illegible][illegible][illegible]

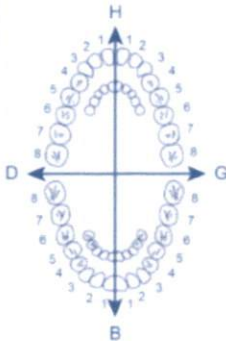
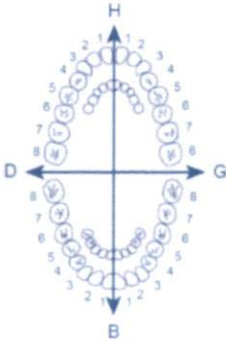
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				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

1- Examen d'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

<

Nom de l'assuré :
Bénéficiaire :
Frais exposés : Dh

Matricule :
Date du dépôt du dossier :/...../.....
Date des soins :/...../.....

الصندوق التعاوني المهني المغربي
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

REFERENCE DOSSIER



(Réservée à la CMIM)

D: _____

T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (1)

Nom et Prénom : MOUMEN FATIMA EP. AMJOUR

MATRICULE ASSURE : 1101013895 N° CIN : B32043

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : MOUMEN FATEMA Lien de parenté : M. M. M. M.

MATRICULE BENEFICIAIRE : 1101013895

Date de naissance : 05/10/53

Montant des frais (DHS): 384,75 Nombre de pièces jointes : 05

(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

CMIM
LA MUTUELLE
الصندوق التعاوني المهني المغربي
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine
REFERENCE DOSSIER

Accusé De Reception

(*) À fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CMIM)

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

- Le nom et prénom du bénéficiaire doivent obligatoirement être portés sur la prescription.

DR BADAOUI ABDELLATIF

Ophthalmologiste 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 مونبولي بفرنسا
ملحق سابق بمستشفى فان - كانز بباريس

Casablanca, le 13-03-2023 في البيضاء

Madame MOUMEN EP AMJOUEL Fatima

1- CATEX 250mg 1cp matin 1 cp le soir pd 5js

INSTILLER DANS L'OEIL OPERE :

2- TOBRADEX collyre 1goutte x4/j pd 2 semaines
puis 1goutte x2/j pd 2 semaines.

3- INDOCOLLYRE collyre 1goutte x4/j pd 2 semaines
puis 1goutte x2/j pd 2 semaines.

4- PANSEMENT OCULAIRE à changer matin et soir .

5- ODM 5 1 goutte x4/j pd 15 jours.

IB: Prière ne pas oublier le traitement le jour

Sterisoï®

COMPRESSES OCULAIRES
ADHESIVES - ADULTES

sive de la gamme Sterisoï® est une rondelle sous forme d'un support adhésif, adaptée à la forme anatomique de l'œil et
pour les lésions traumatiques (plaies ou irritations);

PHARMACIE CULMES CASA
S.A.R.L.A.U

Angle Bd Grandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 26 61 68 / 0522 22 12 96 - Clinique Rachidi, 43 Bd. Rachidi, Casablanca.
Email: ophtha.badaoui@gmail.com - www.drbadaouiabdellatif.com - www.casablancalaserVISION.com



Dr BADAOUI ABDELLATIF
OPHTALMOLOGUE
27, Rue Ferhat Hachad - Casablanca
Tél: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71
Email: ophtha.badaoui@gmail.com



RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 03/04/2023
Num Paiement : 1627814
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 : 03/04/2023

Page:1 /1

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 \ 001CMIM0242M20230327427346										
ML3451101	13/03/2023	Forfait larmes artificielles	1	1.00	85.00 %	151,20	151.20	0.00	128,52	
ML3451101	13/03/2023	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	233,55	233.55	0.00	198,52	
Total remboursé pour : FATIMA						384,75			327,04	

Décompte : 1627814 Date de Paiement : 03/04/2023 Prestation : 327,04 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)