

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.

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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-706948

112426

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 112426

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHARRI MY ALI

Date de naissance : 26/02/76

Adresse :

Tél. : 0661289526

Total des frais engagés : 1.00 DHS

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 : Casablanca

Le : 19/06/22

Signature de l'adhérent(e) :

Chari

[illegible][illegible]

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

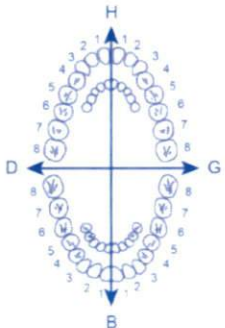
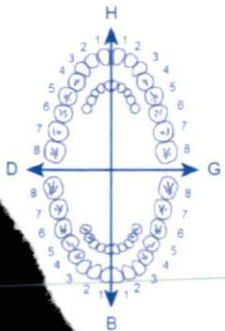
[illegible]

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 canalaires, 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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"/>															

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVÉ DES PRESTATIONS



الصندوق التعاوني المهني المغربي

Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

Date de paiement : 04/04/2022
 Num Paiement : 1362717
 Assuré : LAMOURI MERYEM
 N° d'immatriculation : 10112051
 Mode de règlement : Virement

LAMOURI MERYEM (BANK OF AFRICA)

AUC

Consolidation et Pilotage des Risques Groupe MAROC

Emis à Casablanca le : 08/04/2022

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 rembourse	Motif rejet
Pour CHORFI AIDA /40010913 \001CMIM0269M20220328779138										
ML8896734	16/03/2022	CONSULTATION PSY & NEURO	2	1,00	85,00	1 000,00	600,00	0,00	510,00	
Total remboursé pour AIDA						1 000,00			510,00	
Total général remboursé									510,00	

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



* ML8896734 *

(Réservée à la CMIM)

D : _____

T : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : LAHOUADI MERACHE

MATRICULE ASSURE : 10111210511 N° CIN : BE 762716

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : CHORFI ALI Lien de parenté : Enfant

MATRICULE BENEFICIAIRE : 11111111

Date de naissance : 12/07/1916

Montant des frais (DHS) : 1000,00 Nombre de pièces jointes : 11

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau : _____	
CACHET	

SIÈGE 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

Nom et prénom du malade : Nature de la maladie : CIM-10 :	Nature des prestations
---	------------------------

Nom et prénom du malade : Nature de la maladie : CIM-10 :	Nature des prestations
---	------------------------

Nom et prénom du malade : Nature de la maladie : CIM-10 :	Nature des prestations
---	------------------------

Nom et prénom du malade : Nature de la maladie : CIM-10 :	Nature des prestations
---	------------------------

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

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

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

[illegible][illegible]

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

[illegible]

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Depenses	Cachet et signature du praticien	CODE INF ^o (obligatoire)
Auxiliaires					
médicaux					

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Depenses	Cachet et signature du praticien	CODE INF ^o (obligatoire)
Auxiliaires					
médicaux					

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Depenses	Cachet et signature du praticien	CODE INF ^o (obligatoire)
Auxiliaires					
médicaux					

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Depenses	Cachet et signature du praticien	CODE INF ^o (obligatoire)
Auxiliaires					
médicaux					

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Depenses	Cachet et signature du praticien	CODE INF ^o (obligatoire)
Auxiliaires					
médicaux					

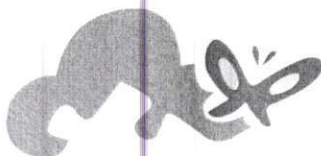
Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Depenses	Cachet et signature du praticien	CODE INF ^o (obligatoire)
Auxiliaires					
médicaux					

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Depenses	Cachet et signature du praticien	CODE INF ^o (obligatoire)
Auxiliaires					
médicaux					

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Depenses	Cachet et signature du praticien	CODE INF ^o (obligatoire)
Auxiliaires					
médicaux					

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Depenses	Cachet et signature du praticien	CODE INF ^o (obligatoire)
Auxiliaires					
médicaux					

Dr Zineb IRAQI
Pédopsychiatre



د. زينب عراقي
طبيبة نفسانية للأطفال والمراهقين

Casablanca, le 16 Mars 2022

Fact 27/22

L'enfant Aida Chorfi

Facture

02 Consultations : 1000Dh

- 02/03/2022
- 16/03/2022

[Faint signature and stamp]