

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

- 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de 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° W21-726009

225337

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12902 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUFI MY ALI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 789574 Total des frais engagés : 740,6 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 :

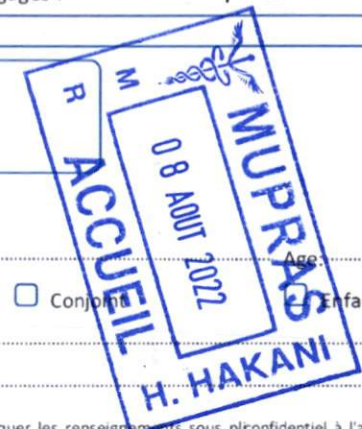
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 08/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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 151/2013 en date du 28/02/2014



DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

REFERENCE DOSSIER



* ML8915981 *

Réservez à la CMIM

D: _____
T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE

Nom et Prénom : LAHOUCI MERACHE
MATRICULE ASSURE : 101121051 N° CIN : BE7697J4

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : LAHOUCI MERACHE Lien de parenté : _____
MATRICULE BENEFICIAIRE : 11111111
Date de naissance : 27/12/83
Montant des frais (DHS) : 860,60 Nombre de pièces jointes : 15

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

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : LAICOURI IRENE

Nature de la maladie : Suivi de grossesse

CIM-10

Nature des prestations

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Depenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
Médecin traitant	23 06 2022	CS			09185314
	23 06 2022	Ecographie Obstetrical			09185314
Radiographie					
Analyses					

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Depenses	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: 09185314

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Depense	OBSERVATIONS
23/06/2022	Agrofey	2	70,30		
	TOTAL		140,60		

Optique

Code INP:

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verrres ou Lentilles			

Casablanca le 23/06/2022

Patiente : Mme LAMOURI MERYEM née le 27/ 12/ 1983.

Anamnèse :

Age maternel : 38 ans

Gestité : II Parité : II 1 EV / VOIE BASSE 2016 PN 3280 g 37 SA

ATCD : SOUS LEVOTHYROX 50 * / THYROIDECTOMIE PARTIELLE 2011

Groupage 0+ - RAI - - TA : 12/ 7

Date des derrières règles 11 / 10 / 2021 Terme 36 SA + 3 J

Motif de consultation : Suivi de grossesse

ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE par VOIE SUS PUBIENNE :

Examen pratiqué sur un GENERAL ELECTRIQUE VOLUSON S8, équipé de sondes électroniques linéaire et convexe 3 D ET 4 D , de sonde endovaginale, et d'un doppler couleur mis en service en OCTOBRE 2020 .

Les conditions de l'examen étaient bonnes.

On objective un foetus unique en position CEPHALIQUE .

Vitalité :

Activité cardiaque régulière à 151 bpm.

Mouvements actifs bien repérés, spontanés et normaux.

Bilan Biométrique : Correspondant au terme

EPF 3006 g +/- 439 g

L 30/06/2022 EPF 3292 g +/- 481

Bilan Morphologique :

RAS

Sexe FEMININ.

Annexes fœtales :

Pas d'anomalie annexielle.

Liquide amniotique en suffisante.

Le placenta est normoinséré.

Le doppler ombilical est normal.

Conclusion

Grossesse mono-fœtale évolutive dont la biométrie est en rapport avec le terme théorique.

Croissance satisfaisante. Vitalité fœtale normale. Liquide amniotique en quantité suffisante . Placenta normoinséré.

Pas de signe d'appel en faveur d'une anomalie échographiquement dépistable à ce terme.

NB : Selon le CFEF, l'échographie de dépistage ne permet de détecter que 60% des pathologies fœtales connues à ce jour.

A handwritten signature in black ink, consisting of a long horizontal stroke followed by a loop and a vertical stroke.



23 06 2022
LAPOC 21 1827618

C

1. $\text{P} \rightarrow \text{Q}$

$\text{P} \rightarrow \text{Q}$

2. $\text{P} \rightarrow \text{Q}$

$\text{P} \rightarrow \text{Q}$

3. $\text{P} \rightarrow \text{Q}$

$\text{P} \rightarrow \text{Q}$

4. rel. se 20
(+1) ipell. le 20

5. gabe appo

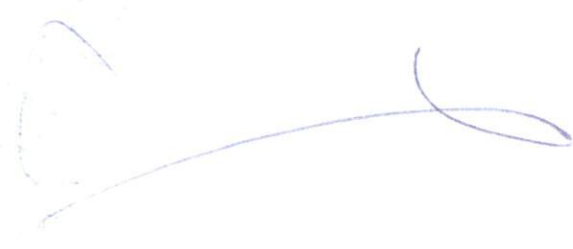
longe < 4.5 < 5^m

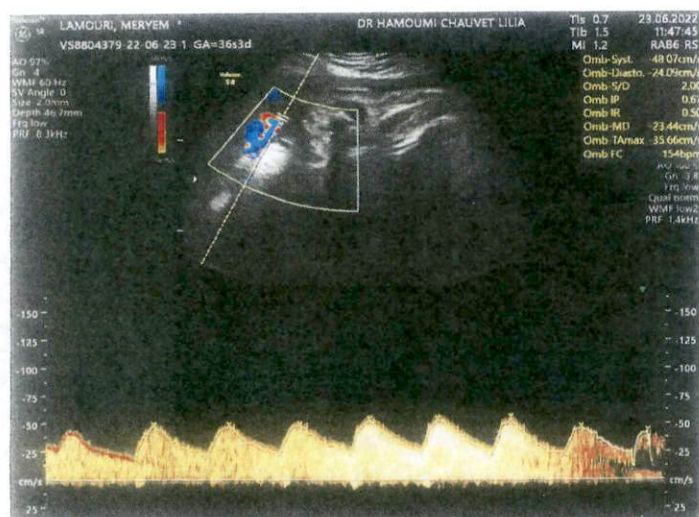
20.20.20

6. Gropungl ad

l'ant le 20.20

~~14.16.16 pata d'ye palt 6~~







DR HAMOUMI CHAUVET LILIA

Nom: LAMOURI, MERYEM

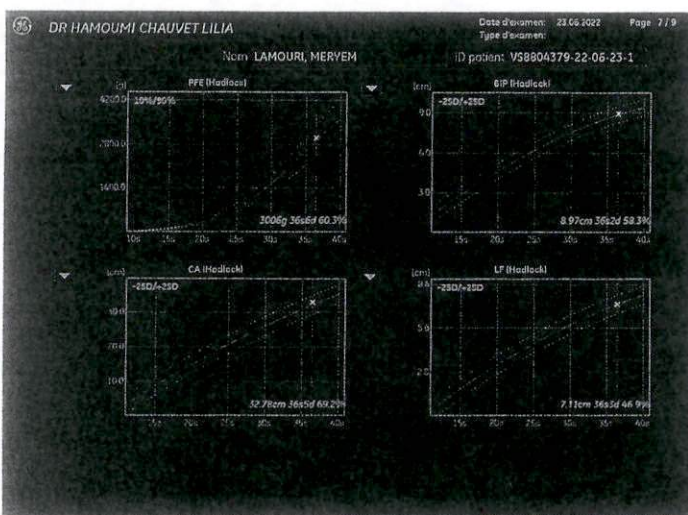
ID patient: VS8804379-22-06-23-1

Indication: ODR 11.10.2021, GA(DDR) 36s3d, DPA(DDR) 18.07.2022, G Ab, DDC AG(MAE) 36s3d, DPA(MAE) 18.07.2022, P Ec

PFE (Hadlock)		Valeur		Plage		Age		Plage		GP		Hadlock	
CA/BIP/LF	3006g	± 439g	36s6d										60.3%

Mesures 2D		MAE		Valeur		m1		m2		m3		Méth.		GP		Age	
BIP (Hadlock)	8.97 cm	8.97															58.3% 36s2d
CA (Hadlock)	32.78 cm	32.78															69.2% 36s5d
LF (Hadlock)	7.11 cm	7.11															46.9% 36s3d

Calculs 2D		LF/CA		22% (20 - 24%)		LF/BIP		79% (71 - 87%)	
------------	--	-------	--	----------------	--	--------	--	----------------	--



RELEVÉ DES PRESTATIONS			الصندوق التعاوني المهني المغربي Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine
Date de paiement : 18/07/2022 Num Paiement : 1438543 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 : 19/07/2022			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 rembourser	Motif rejet
Pour CHORFI AIDA /40010913 \001CMIM0270M20220708959041										
ML8915980	21/06/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1,00	85,00	300,00	300,00	0,00	255,00	
Total remboursé pour AIDA						300,00			255,00	
Pour LAMOURI MERYEM /10112051 \001CMIM0348M20220714966336										
ML8915981	23/06/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1,00	85,00	300,00	300,00	0,00	255,00	
ML8915981	23/06/2022	ECHOGRAPHIE GROSSESSE	1	1,00		300,00	320,00	0,00	0,00	Délai de l'acte non respecté
ML8915981	23/06/2022	PHARMACIE	1	1,00	85,00	140,60	140,60	0,00	119,51	
Total remboursé pour MERYEM						740,60			374,51	
Total général remboursé									629,51	

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



* ML8915980 *

(Réservée à la CMIM)

D: _____

T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (a)

Nom et Prénom : LYOUSS YERVEN

MATRICULE ASSURE : 11011121051 N° CIN : BE 762716

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : CHOREF LIA Lien de parenté : ENFANT

MATRICULE BENEFICIAIRE : 11111111

Date de naissance : 12/07/16

Montant des frais (DHS) : 300.00 Nombre de pièces jointes : 11

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLÉYEUR	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

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : Abdallah P. P. P.
 Nature de la maladie : Abdallah P. P. P.
 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	21/6/2022	Abdallah P. P. P.	300,00	CUNIQUE PÉDIATRIQUE 50, Bd. Abderrahim Boudiaf OASIS - Casablanca Tél : 0522 23 18 18 - INP : 090003690	057093310
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...)

PHARMACIE

Code INP :

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

OPTIQUE

Code INP :

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 21-06-2022

Facture N° 11577/22

A. Identification

N° Dossier : ATF22F21162020

N° Identifiant : 021604/22

Nom & Prénom : Enf. CHORFI AIDA

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 21-06-2022

Date Sortie : 21-06-2022

Médecin traitant : DR. LAZRAK FAYSSAL

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	ABLATION PLATRE		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE CLINIQUE :						300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						300,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

CLINIQUE PÉDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca
Tél : 0522 23 18 18 - INPE : 090003690