

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

*Complément*



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° W21-764955

131773

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10461

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prenom : ELAYDAoui

SSITIY

Date de naissance : 26/07/1975

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :  
□ 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 03/10/2022

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
	<input type="checkbox"/> Conjoint
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 :	
Signature de l'adhérent(e) :	

## 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



\* M L 3 2 5 5 1 8 7 \*

59446

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : EL RHODAÏBI Hassoun

MATRICULE ASSURE : 10954129 N° CIN : BE84943

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : EL RHODAÏBI Hassoun Lien de parenté : JJ

MATRICULE BENEFICIAIRE : 1015051671

Date de naissance : 10/15/05/67 Montant des frais (DHS) : 374,90 Nombre de pièces jointes : 105

(\*) 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](http://www.cmim.ma)

## DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : El Khadher Hassen

Nature de la maladie : Fatigue chronique

CIM-10 :

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

NATURE DES PRESTATIONS

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Médecin traitant *** Nature d'acte à préciser	20/06/22	C		<i>Jyt</i> Docteur EL ONK El Mostafa Délégation Hay Hassani INPE: 111052946 Casablanca	
	23/06/22	C		<i>Jyt</i>	
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 (*) Auxiliaires médicaux	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)

(\*)<sup>1</sup> - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...)  
- Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: 9999999999999

Date (*) début Traitement	Date (*) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
20/06/22		Auger 500 mg/16 Rimex 200 mg/16 Ketorolac 50 mg/16	01	168,20	126,30
			02	101,20	202,00
		Ketorolac 50 mg/16	01	46,60	46,60
			TOTAL	316,00	316,00

(\*)<sup>2</sup> Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE n°

Code INPE: |||||

Monture	Date	Montant	Signature et cachet
Verres ou Lentilles			

(\*)<sup>3</sup> - 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

## RELEVE DES PRESTATIONS



الصندوق التعاوني المهني المغربي

Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

Date de paiement : 08/08/2022

Num Paiement : 1454346

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 : 09/09/2022

Page : 1

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

Nº dossier	Date de soins	Actes	Qte	Coef	Taux de Remboursement	Dépenses	Base de remboursement	Remboursement autre mutuelle ou assurance	Montant remboursé	Motif rejet
<b>Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129\001CMIM0240M20220804003692</b>										
ML3106765	08/07/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1,00	85.00	250,00	300,00	0,00	212,50	
ML3106765	08/07/2022	JARDIANCE 10 MG (550 DH)	6	1,00	85.00	3 300,00	3 300,00	0,00	2 805,00	
ML3106765	08/07/2022	GLUCOPHAGE 850 850 MG (Prix : 45,2 dhs)	3	1,00	85.00	135,60	135,60	0,00	115,26	
<b>Total remboursé pour HASSAN</b>						3 685,60			3 132,76	
<b>Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129\001CMIM0275M20220804003988</b>										
ML3255187	20/06/2022	PHARMACIE	1	1,00	85.00	416,80	416,80	0,00	354,28	
<b>Total remboursé pour HASSAN</b>						416,80			354,28	
<b>Total général remboursé</b>										3 487,04

الدكتورة كاريو بلقاضي جووبيل  
اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية  
خريجة كلية الطب بباريس

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

M<sup>r</sup> EL RHODAIBI HAMAN

Casablanca, le : 09/07/22

50° X6 JARDINAGE 10 1 le matin.

gluophage 850 1 à midi

50° X3 D.  
lent 6 mois

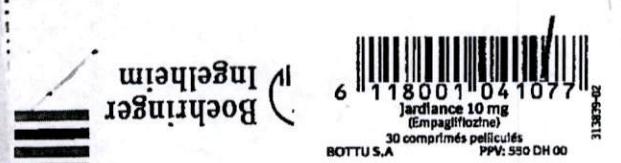
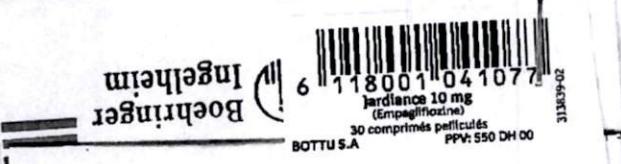
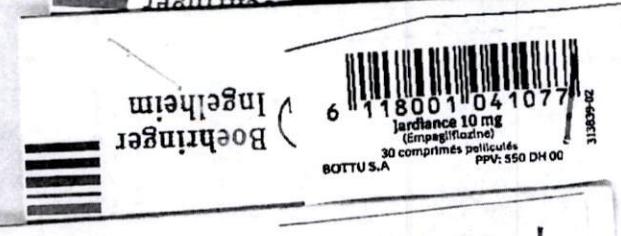
34356<sup>2</sup> Maaf - CASABLANCA

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle  
Endocrinologue  
B  
Maaf - CASABLANCA



PHARMACIE EL LOUT  
Mme. BENBILOUR NEMLA  
313, Bd. Oued TIZNIT EL OUIJA  
Casablanca - Tel. 0522 91 50 39

119، شارع بئر انزاران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67  
119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA  
Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr - ICE : 001634169000021

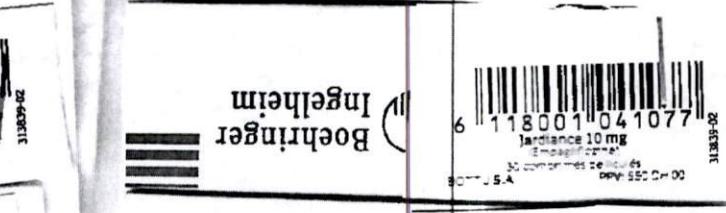


**Jardiance®**  
Empagliflozine  
**10 mg comprimés pelliculés**  
**25 mg comprimés pelliculés**



**GLUCOPHAGE** 500 mg. Comprimé pelliculé  
**GLUCOPHAGE** 850 mg. Comprimé pelliculé  
**GLUCOPHAGE** 1 600 mg. Comprimé pelliculé

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.



**Jardiance®**  
Empagliflozine  
**10 mg comprimés pelliculés**  
**25 mg comprimés pelliculés**



313745-06

• Votre étude amorce l'hyperactivité et la dyscalculie dans le temps et si l'une de ces deux composantes devient prédominante, il convient de faire évaluer l'autre.

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : EYBTO DABE Itayew

Nature de la maladie ( ): Diabète

CIM-10:.....

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

## NATURE DES PRÉSTATIONS

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Médecin traitant +++ Nature d'acte à préciser	08-07-2012	Ca 210/ce	B		INPE.001039
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					

(e)<sup>1</sup> - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...)

- Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMAC'FUTIQUE

Code INP 092025014

Date ( <sup>jj</sup> ) début Traitement	Date ( <sup>jj</sup> ) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
8 / 2 / 20		JARDIPONCE Gluvaphyse 850	06 03	550,- 4520,-	550,-
		TOTAL	0.9.....	34.35.60	

**④ Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés**

OPTIQUE (P)

Code INPE:

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(e)<sup>3</sup>- 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



\* M L 3 1 0 6 7 6 5 \*

59446

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : EL RHOUDI Hassan

MATRICULE ASSURE : 10054129 N° CIN : BE84943

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : El RHOUDI Hassan Lien de parenté : Jeune

MATRICULE BENEFICIAIRE : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Montant des frais (DHS) : 3685,60 Nombre de pièces jointes : 10

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

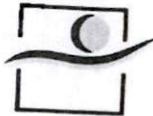
## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

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](http://www.cmim.ma)





MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT  
HAY HASSANI  
CHP HAY HASSANI

Ordonnance

Casablanca, 20.06.22

EL Rhodaoui Hassan

Augmatin 1f  
168.20 1 s+2/1 p 17 NS

Quivolox 20 23  
101.50 x 2 1 p+1/1 p 17

صيغة من الأدوية  
PHARMACIE HAY EL WIAM  
252 BD OUED SEBOU OULFA  
CASABLANCA TEL. 05 22 91 17 30  
INPE : 09 10 360 10

46,60 ③ X 1/1 50

646,80 2 x 1/1

Docteur EL ONK El Mostafa  
Délégation Hay Hassan  
INPE: 111052916  
Casablanca

110, Bd.BOUCHAIB REDDAD et Bd.OUED SEBBOU - Casablanca  
Tél.: 05 22 90 76 56. Fax : 05 22 89 05 54