

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 canalaires, 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 canalaires.

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

- Reclamation : 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 l'Horloge 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° W21-764957

131785

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 10452 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : SETTY

Nom & Prénom : ELAH RAOU

Date de naissance : 26/07/1995

Adresse : _____

Tél. : _____ 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 : _____

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 : CASA

Le : 03/10/2022

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 1 0 6 7 5 9 * 59446

DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D :

T :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (1)

Nom et Prénom : El Rachidj Hassan
MATRICULE ASSURE : 400514129 N° CIN : BE 84943

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom : El Rachidj Hassan Lien de parenté : 77
MATRICULE BENEFICIAIRE : 1111111111
Date de naissance : 01/10/1961
Montant des frais (DHS): 600,00 Nombre de pièces jointes : 11

(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

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : A. Elphartati Khou

Nature de la maladie (4) : DNED + protéinurie

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	06/09/00				1322
Radiographie *** Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios...)	07-07-00	El M. L.	6090		
*** 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 (h) ¹⁾	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					_____

(h) - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de soins prolongés.

(a)¹ - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie...)
- Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE:

Date (*) ² début Traitement	Date (*) ² fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
		TOTAL	

(*)² Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés.

(n)² Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE (1)

Code INPE:

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(e)³. La prescription et la facture des verres sont obligatoires.

RELEVÉ DES PRESTATIONS			الصندوق التعاضدي المهني المغربي Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine
Date de paiement : 22/08/2022 Num Paiement : 1463605 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.

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 EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0234M20220817023419										
ML3106759	05/07/2022	ECHO-DOPPLER ARTERIEL	1	1,00	85.00	600,00	550,00	0,00	467,50	
Total remboursé pour HASSAN						600,00			467,50	
Total général remboursé									467,50	



**Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur
Scanner Multibarrettes - Angioscanner - IRM**

Casablanca le : 07/07/2022

Patiente (e) : EL RHODAIBI HASSAN

Médecin prescripteur : DR EDDAHAR

ECHODOPPLER DES ARTERES RENALES

Les deux reins sont de taille et de morphologie normale, de contours réguliers, absence de dilatation des cavités excrétrices à leur niveau.

La différenciation cortico médullaire est conservée.

Flux normal au niveau des deux artères rénales et leurs branches de division. Absence de signes directs ou indirects de sténose artérielle.

Les index de résistance sont normaux.

Les loges surrénaliennes sont libres.

CONCLUSION

Echodoppler des artères rénales ne révélant pas d'anomalies.

DR MESTOUR

DR MESTOUR
Radiologie Numérique
CNS Derb Ghallef
RUE - 91035135

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél: 0522-863021/27 Fax: 0522-864205 RDV: 0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP: 1306575 N° SEJOUR: 220058893

FACTURE N° 2203023113

DATE D'ENTREE: 07/07/2022 DATE DE SORTIE: 07/07/2022

ASSURE:

UF: 5003 RADIOLOGIE

DESTINATAIRE:

EL RHODAIBI, Hassan

MALADE: EL RHODAIBI, Hassan

N° IMMAT C.N.S.S:

NOM JEUNE FILLE:

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE:

TIERS PAYANT 1:

N° SE. SOC. ETRANG.:

TIERS PAYANT 2:

REF. PC 1:

REF. PC 2:

NATURE DE PRESTATION

LETTRE
CLE

NOMBRE
x COEF

PRIX
UNITAIRE

TOTAL

TIERS PAYANT 1
%/ Dh MONTANT

TIERS PAYANT 2
%/ Dh MONTANT

PART DU MALADE
%/ Dh MONTANT

ACTES DE RADIOLOGIE

ECHO-DOPPLER VEINEUX PERIPHERIQUE

CX15

1.00

600.00

600.00

0.00

600.00

TOTAUX:

600.00

Intervenant: 08102007 DR MESTOUR MOHAMED

PLAFOND PC:

Arrêtée la présente facture à la somme de:

SIX CENTS DHS

REMISE:

0.00

REGLE:

600.00

ACOMPTE:

600.00

RESTE DU:

0.00

ACCIDENT DE TRAVAIL:

DATE AT:

DATE FACTURE: 07/07/2022

EDITEE LE: 07/07/2022 PAR: BILAL

N° DE POLICE:

Règlement à effectuer à l'ordre de:

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef

BANQUE:

BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA

N° compte bancaire:

011 780 0000 70 210 00 60 028 31

POLYCLINIQUE CNSS
DERB-GHALLEF CASABLANCA
Caisse Radiologie

CENTRE D'HEMODIALYSE ERRAZI

Dr IMANE Eddahar

Spécialiste Néphrologie Hémodialyse

& maladies du Rein

Ancien Médecin au Centre Hospitalier

Ibnou Rochd



الدكتورة إيمان الظاهر

أخصائية في أمراض الكلى

و تصفية الدم

طبيبة سابقا بالمركز الصحي

ابن رشد

Casablanca, le: 05/07/2012

M E Eddahar Hassan

Patient de 55 ans, DM2D \approx 10 ans,
normotendu, hémoglobe; fonction
rénale, normale mais protéinurie \approx 4g.

Echographie de

artères rénales

الدكتورة إيمان الظاهر
Dr Imane Eddahar
Maladies du Rein
HEMODIALYSE ERRAZI
L'Esplanade Yasmina N° 54 Radia
Casablanca Tél: 0522 28 51 74

POLYCLINIQUE CNSS
DERB-GHALLER CASABLANCA
Caisse Radiologie



36, Boulevard d'Anfa
CASABLANCA

الصندوق التعاضدي المهني المغربي
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A REMPLIR PAR L'ASSURE

Assuré N° d'immatriculation	Entreprise
Nom & Prénom : EL RHODANE	HASSAN
Bénéficiaire : EL RHODANE	HASSAN

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné *Dr. El Rhodane*
estime que l'état de santé de M. *Hassan*
nécessite (1) :
un acte coté à la nomenclature
«préciser coefficient» *échodoppler*
une hospitalisation médicale de *Artis*
à «préciser l'établissement hospitalier»
une cure thermique à
«Préciser la station et la durée»

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL
DE LA CAISSE

SA DECISION

RABATTRE ET COLLER SUR CETTE PARTIE LE PIED DE LA FEUILLE

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

RENSEIGNEMENT SUR LA NATURE DE L'AFFECTION (à fournir au médecin - conseil de la Caisse)

*Présent DND ~ 10 ans Albuminurie
path. f. rénale chronique
Aff. échodoppler Art. rénale*

(1) Rayer les mentions inutiles.

CHET DATE ET
SIGNATURE DU
PRATICIEN
DAHAR Lina
54 hbs