

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 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-779515

Complément

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1561 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Bakkali Sophie

Date de naissance :

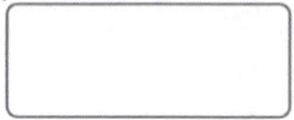
Adresse :

Tél. : 0522912948 Total des frais engagés : Dhs

143870

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 : Casablanca

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

ADHÉRENT

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



* ML8463921 *

(Réservée à la CMIM)

D: _____

T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : _____

MATRICULE ASSURE : _____

N° CIN : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : _____

MATRICULE BENEFICIAIRE : _____

Date de naissance : _____

Montant des frais (DHS) : _____

Nombre de pièces jointes : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau : _____	
CACHET	

SIEGE 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

Docteur Ansar Abdelkerim

Ex. Médecin Chef de Zaouia Ech Cheikh

MEDECINE GENERALE

Expert au près les Tribunaux
R.D.C Lot. Littoral II - Dar Bouazza
Tél. / Fax : 0522 29 08 62

الدكتور أنصار عبد الكريم

الطبيب الرئيسي لزواوية الشيخ سابقا

الطب العام

خبير محلف لدى المحاكم
رقم 28، الساحل II دار بوعزة
الهاتف والفاكس: 0522 29 08 62

Dar Bouazza, le : 30 - 9 - 2022 دار بوعزة في:

LAHABARI KAUUL

70,6002 ① Clavon lui Kauul n'
14,20 - 1 dose 21/4 x 2 / 4 - 8.
② Nurodol n'
19. 1 dose x 2 / 4 - 8.
79,50. 1 cu a 3/4 - 8.

7 = 239,70 dh

PHARMACIE DAR EL KENZ
DR. BIDA RAJBA
Résidence Dar El Kenz
101-1 Imm. 13 28 69
Tél. 05 20 13 28 69
INPE: 092104645

Dr. Ansar Abdelkerim
Médecin Générale
28, Littoral II Dar Bouazza
Tél. / Fax : 0522 29 08 62



RELEVÉ DES PRESTATIONS

<p>Date de paiement : 24/10/2022</p> <p>Num Paiement : 1508187</p> <p>Assuré : LAHBABI OMAR</p> <p>N° d'immatriculation : 10056834</p> <p>Mode de règlement : Virement</p> <p>Veuillez Consulter Notre Espace Assuré https://assures.cmim.ma/</p> <div style="text-align: center;"> </div>	<p>LAHBABI OMAR BANK OF AFRICA "APP"</p> <p>Bank Of Africa</p> <p>MAROC</p> <div style="text-align: center;"> </div>
<p>Emis à Casablanca le : 24/10/2022</p>	
<p>Page:1 /1</p>	

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	Montant remboursé	Montant remboursé	Motif rejet
Pour LAHBABI KAMIL / 40005937 \ 001CMIM0242M20221020130535										
ML9054096R	30/09/2022	CONSULTATION GENERALISTE	1	1.00	85.00 %	150,00	200 00	0 00	127 50	
ML9054096R	30/09/2022	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	160,20	160 20	0 00	136 17	
ML9054096R	30/09/2022	PHARMACIE NON REMB	1	1.00	forf	79,50	79 50	0 00	0 00	ph ne manque pros médicament
Total remboursé pour : KAMIL						389,70			263 67	

Décompte : 1508187 Date de Paiement : 24/10/2022 Prestation : 263.67 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)