

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

- 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 0847	Société : ROYAL AIR MAROC		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RETIRAGE
Nom & Prénom : AM JOUNI SAID			
Date de naissance : 01/01/1949			
Adresse : 84 RÉSIDENCE DES ROSES APPT N° 07 RUE AL OURZOUD (BÉAUSÉjour) MAM EL HAMRA			
Tél. : 06 13 21 41 00 / 05 22 39 48 10			
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 :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	

MUPRAS
26 JUIL. 2020

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 : **ACCUEIL** Le : **26/07/2020**

Signature de l'adhérent(e) :



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 et 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

Affections de Longue Durée

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

REFERENCE DOSSIER



* ALD8037132 *

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : MOUMEN FATIMA Epouse AMJOUEL
MATRICULE ASSURE : 10013895 N° CIN : B32043

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

Nom et Prénom : MOUMEN FATIMA Lien de parenté : M
MATRICULE BÉNÉFICIAIRE : 10013895
Date de naissance : 05/10/53
Montant des frais (DHS) : 3177,30 Nombre de pièces jointes : 28

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau :	
CACHET	

SIEGE SOCIAL: 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tel: 0522.20.24.20/21 Fax : 0522.26.24.51

Cette feuille est téléchargeable sur votre extranet : www.cmim.ma

FEUILLET DE PRESTATION MÉDICO-SOCIALE

Nom et prénom du malade : MOU MED

Nature de la maladie : Atteinte thyroïdienne + diabète type 2

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)
Medecin traitant	07 JUIN 2023		300	PROF. AHMED FAROUDI Endocrinologue - Diabétologue 183 Bd. Abdellah Ben YOUSSEF - Casablanca N° 0522 2007 03 - 0522 207576 Code INP: 091028514	091028514
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, DialysePsychothérapie..)

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INP : INPE: 092043835

Date	Détail de l'ordonnance	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
25/06/2023	Levamisole 4	24.40		
1/07/2023	Humiz 1/3	174.00		
6/07/2023	Troglitazone 3	326.00		
1/08/2023	Oralglime 6	28.00		
23/08/2023	Zyloric 1/1	46.70		
	TOTAL	1.877.30		

Pharmacie Mou
69 Bd. Hassan II - Casablanca
Tél: 0522 50 89 14

OPTIQUE

Code INP : _____

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			



RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 26/06/2023	MOUMEN EP AMJ FATIMA CREDIT DU MAROC "RET" 84 A, RUE DES ROSES RESIDENCE ROSE APPT 7 BEAUSEJOUR 21200 CASABLANCA MAROC
Num Paiement : 1693928	
Assuré : MOUMEN EP AMJ FATIMA	



Emis à Casablanca le : 26/06/2023

Page:1 / 1

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	Remboursement autre mutuelle ou assurance	Montant remboursé	Motif rejet
Pour MOUMEN EP AMJ FATIMA / 10013895 \ 001CMIM0240M20230623592065										
ALD8037132	05/06/2023	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300.00	0.00	255,00	
ALD8037132	05/06/2023	TRAJENTA 5 MG	3	1.00	85.00 %	1 122,00	1122.00	0.00	953,70	
ALD8037132	05/06/2023	GLUCOPHAGE 1000 1000 MG (Prix : 28 dhs)	6	1.00	85.00 %	168,00	168.00	0.00	142,80	
ALD8037132	05/06/2023	HUMALOG MIX 25 100 UI (Prix : 111 dhs)	13	1.00	85.00 %	1 443,00	1443.00	0.00	1 226,55	
ALD8037132	05/06/2023	LEVOTHYROX 100 µG (Prix : 24,4 dhs)	4	1.00	85.00 %	97,60	97.60	0.00	82,96	
ALD8037132	05/06/2023	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	46,70	46.70	0.00	39,70	
Total remboursé pour : FATIMA						3 177,30			2 700,71	

Décompte : 1693928 Date de Paiement : 26/06/2023 Prestation : 2 700,71 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)

Docteur Ahmed FAROUQI

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie et Maladies de la Nutrition

Ancien Chef de Service d'Endocrinologie au CHU de Casablanca
Ancien Professeur à la Faculté de Médecine de Casablanca
Lauréat de la Faculté de Médecine de Lyon

الدكتور أحمد الفاروقى

أخصائي في أمراض الغدد والسكري وأمراض التغذية

رئيس سابق بمصلحة أمراض الغدد بالدار البيضاء

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

خريج كلية الطب بلينون

Casablanca, le 15 JUIN 2023

05 22 20 75 76 / 05 22 20 07 03
إقامة وليلي 187، شارع عبد المؤمن، الطابق 7، الرقم 27. السدار البيضاء - الهاتف:

E-mail : endocrino.diabete87@gmail.com