

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-811885

169 460

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

0847

Société :

ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

RETRAITE

Nom & Prénom :

AM JUEL SAID

Date de naissance :

01/01/1949

Adresse :

84 RESIDENCE DES ROSES APPT N° 07
RUE AL BOURD (BEAUFORT) HAY EVRIAN

Tél. :

06 13 21 41 00 / 05 22 39 48 10

Total des frais engagés :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Min

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 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



الجمعية المغربية للتأمين
Casablanca - Maroc

REFERENCE DOSSIER



* ALD8037132 *

DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

Affections de Longue Durée

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : MOUMEN FATIMA EPouse AMJOUEL
MATRICULE ASSURE : 10013895 N° CIN : 832043

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : MOUMEN FATIMA Lien de parenté : M
MATRICULE BENEFICIAIRE : 10013895
Date de naissance : 05/12/53
Montant des frais (DHS) : 3177,30 Nombre de pièces jointes : 28

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

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

CIM-10:

alade: MOU MEX Latina
Afectión tiroidea + Diabetes

CODE INP
(laboratoire)

Medecin
traitant

05 JUN 2023

355

Cachet et
 signature du
 praticien
 091020514
 Prof. Ahmed FAROUKI
 Endocrinologue - Diabétologue
 18 Bd Abdelmoumen N°21 - Casablanca
 0522 2007 03 0522 207516
 Code INP: 091020514

Radiographie

Analyses

CODE INP
(Obligatoire)

Auxiliaires
médicaux

* la date fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, Dialyse Psychothérapie, ...)

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INP :

TYPE: 092043835

Date _____

Détail de l'ordonnance

Prix Unitaire

Dépense

OBSERVATIONS

25

Fluorology
25

.)

23

C. C. C. C.
12

Zyber

TOTAL

24. 4,

Ал. 22

374. 22

28, ..

46. r

02877.3. →

Pharmage Mou
CHCPA
Tel: 0622 60 89 14

OPTIQUE

Code INP :

Date _____

Montant

Signature et cachet

Monture

Verres ou Lentilles



RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 26/06/2023
Num Paiement : 1693928
Assuré : MOUMEN EP AMJ FATIMA
N° d'immatriculation : 10013895
Mode de règlement : Virement
Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <https://assures.cmim.ma/>



MOUMEN EP AMJ FATIMA CREDIT DU MAROC "RET"
84 A, RUE DES ROSES RESIDENCE ROSE
APPT 7 BEAUSEJOUR
21200
CASABLANCA
MAROC



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 rembourse	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)

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

رئيس سابق بمصلحة أمراض الغدد بالدار البيضاء
أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
خريج كلية الطب بليون

Casablanca, le

05 JUN 2023

[illegible]

Espace Walili 187, Bd Abdelmoumen, 7ème étage, N°27. Casablanca - Tél.: 05 22 20 07 03 / 05 22 20 75 76
 إقامة واليلي 187 شارع عبد المومن، الطابق 7، الرقم 27. الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 20 75 76 / 05 22 20 07 03
 البريد الإلكتروني : E-mail : endocrino.diabeto87@gmail.com