

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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Prothèses :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

AS : 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° P19-0030659

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 847 Société : RETRAITE RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AMJOUEL SAID
Date de naissance : 01/07/1949
Adresse : 84 A RESIDENCE DES ROSES BEAUSOIR
Tél. : 06 32 41 07 05 23 94 810 Total des frais engagés : 1200 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 29/07/2019
Nom et prénom du malade : MOUMEN FATIMA Age : 66
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection Rhumatologique
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 12/09/2019 Le : 12/09/2019
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

REFERENCE DOSSIER



(Réservée à la CMIM)

D: _____
T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : MOUMENE FATIMA EP AMBOUEL
MATRICULE ASSURE : 1 0 0 1 3 8 9 5 N° CIN : B32043

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : MOUMEN FATIMA Lien de parenté : M
MATRICULE BENEFICIAIRE : 1 0 0 1 3 8 9 5
Date de naissance : 05/10/53
Montant des frais (DHS) : 1800,00 Nombre de pièces jointes : 02

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau :	
CACHET	

SIÈGE 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

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : M. MAUMEN FATIMA

Nature de la maladie : Affection Rhumatologique

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)
Médecin traitant	28/06/13	G		DR. CHAHID EL MAHMOUD 673 Bd. Vaacout El Mansour Espace Andalouses 1er Etage N°1 Tél: 05 22 95 14 38	0977786908
Radiographie					
Analyses					

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux	Du 28.06.2013	108 séances de Amm, (Spit AS PR)	50004	MY KINE 85 Angle Bd. Vaacout El Mansour 1er Etage N°1 Tél: 05 22 95 14 38	
	au 29.07.2013				

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

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INP :

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
	TOTAL				

OPTIQUE

Code INP :

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

Facture:

Prévention - Rééducation - Entretien

N°: 80 / 2019 Date: 29.07.2019

10 séances de Massage
 pour Rééducation due à une dors-
 lombalgie + hyperlordose

Au prix de 15.000.000 (soit 15.000 / séance)

Adresser à M^r Houssien Fatima

Durant la période du 28.06.2019 au 29.07.2019

Sur ordonnance du Dr Chahide Naïma

Signature:

My Kiné
 Prévention - Rééducation - Entretien
 85 Angé 3d, Yaacoub El Manssour
 1^{er} Rue Nassr, Etage 1 Etage
 Fixe: 0612 996 212

Dr. Chahidi Naima



RHUMATOLOGUE
Spécialiste des maladies des os, articulation
et colonne vertébrale
Ancienne interne des Hopitaux de Paris
Pathologies rachidiennes (Paris)
Maladies rhumatismales (Lille)
Biothérapie
Ostéoporose

الدكتورة نعيمة شهيدي

أخصائية في أمراض العظام
والفصال و الروماتيزم
طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس
أمراض العمود الفقري (باريس)
أمراض الروماتيزم (ليل - فرنسا)
العلاج بالأدوية البيولوجية
معالجة العظام

19 - 6 - 28 عا

Anna Nounen Fatia

Dorso - lombarthrose + Myrtilorlon
lombaire

⇒ Physiothérapie Antalgique

⇒ Renforcement de paravertebral

Dorso - lombaire + muscle Abdominal

⇒ Assouplissent de ischio-jambiers

2 séances/seu
10 séances

Prevention-Rééducation-Entretien
35 Angie Bd. Yacoub El Mansour
et Rue Nassimeddine 1 Etage
Tél: 05 22 95 14 38

My Kine

Dr. Chahidi Naima
Rhumatologue
173, Bd Yacoub El Mansour
Espace Andalouse, 1er Etage
Tél: 05 22 95 14 38

173 شارع يعقوب النصور، قضاء الأندلس، الطابق الأول، رقم 6، المعاريف، الدار البيضاء

173 Boulevard Yacoub EL Mansour Espace Andalouse, 1^{er} étage, N°6 Maarif, Casablanca

Tél: 05 22 95 14 38

E-mail: chahidichumatologia@gmail.com