

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

Declaration de Maladie

N° W19-469842

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12902 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHORFI MYALI

Date de naissance :

Adresse : MT 3 12902

Tél. : 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.

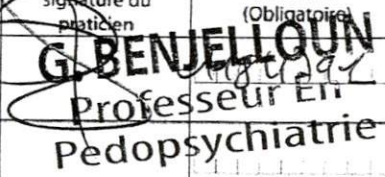
Fait à : Le : / /


Signature de l'adhérent(e) :

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : Cherif
 Nature de la maladie : TSA
 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		<u>CMPSY</u>	<u>Gratuit</u>		
Radiographie					
Analyses					

Praticien	Date début et fin de soins*	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INP (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux	<u>du 31.12.19</u>	<u>Facture pour</u>	<u>15 1350</u>		
	<u>au 01.01.20</u>	<u>15 séances de psychomotricité</u>	<u>5250</u>		

* la date fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, Diatèse 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			



RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 27/08/2019
Num Paiement : 730305
Assuré : LAMOURI MERYEM
N° d'immatriculation : 10112051
Mode de règlement : Virement
Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <https://assures.cmim.ma/>



LAMOURI MERYEM BMCE BANK "APP"
Consolidation et Pilotage des Risques
Groupe
MAROC



Emis à Casablanca le : 28/08/2019

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 CHORFI AIDA / 40010913 \ 001CMIM0310M20190717171218										
ML650525	04/04/2019	PSYCHMOTRICITE	15	9.00	85.00 %	5 250,00	2 025,00	0.00	1 721,25	
Total remboursé pour : AIDA						5 250,00			1 721,25	

Décompte : 730305 Date de Paiement : 27/08/2019 Prestation : 1 721,25 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)

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



ML650525

(Réservée à la CMIM)

D: _____

T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : ~~HERYEM LAYOUBA~~ **HERYEM LAYOUBA**

MATRICULE ASSURE : **10 11 20 51** N° CIN : **BE 76 27 16**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : **AIDA CHORRE** Lien de parenté : **Eufour**

MATRICULE BENEFICIAIRE : _____

Date de naissance : **12 07 16**

Montant des frais (DHS) : **5250,00** 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

Asmaâ NASLOUBY

Psychomotricienne
D.E, ISRP (Paris)



Le, 04.04.2019 à Casablanca

NASLOUBY Asmaâ
Psychomotricienne
250 A. Bd. Abdelmoumen
Casablanca

Facture N°: 10619 pour Prix en charge psychomotrice

ICE: 001772729000094

Nom patient : Chargi

Prénom patient : Aïda

Nombre de séances : 15 séances

Prix total : 15 x 360 = 5400



NASLOUBY Asmaâ
Psychomotricienne
250 A. Bd. Abdelmoumen
Casablanca - App. 7
Tél.: 05 22 25 76 14

du 31. 12. 2019

14.01.2019

17. 07.2019

21.02.2019

28.01.2019

04.02.2019

07.02.2019

12.02.2019

14-02-2019

18. 02. 2019

28.02.2019

04. 03. 2019

11 - 03. 2019

25.03.2019

1240 4.04.2019

~~Handwritten signature and stamp over the letterhead.~~

Asmaâ NASLOUBY

Psychomotricienne
D.E, ISRP (Paris)



Le, 04-04-2019 à Casablanca

Duplicata Asmaâ
Psychomotricienne
Abdelmoumen
N° 106/19 pour Discharge psychomotrice
Casablanca - Tél.: 05 22 25 76 14
ICE: 001172729000094

Nom patient : Cherfi

Prénom patient : Aïda

Nombre de séances : 15 séances

Prix total : 15 x 350 = 5250

~~NASLOUBY Asmaâ
Psychomotricienne
250 A, Rés. Abdelmoumen
2ème Etage Appt. N° 7
Casablanca - Tél.: 05 22 25 76 14~~

31.12.2019
NASLOUBY Asmaa
Psychomotricienne
250 A, B, Abdelmoumen
Rés. Abras Abdelmoumen
2ème Etage Appt. N° 7
Casablanca - Tél.: 05 22 25 76 14

17.01.2019

21.01.2019

24.01.2019

04.02.2019

07.02.2019

11.02.2019

14.02.2019

18.02.2019

28.02.2019

04.03.2019

11.03.2019

25.03.2019

04.04.2019

NASLOUBY Asmaa
Psychomotricienne
250 A, B, Abdelmoumen
Rés. Abras Abdelmoumen
2ème Etage Appt. N° 7
Casablanca - Tél.: 05 22 25 76 14

~~NASLOUBY Asmaa
Psychomotricienne
250 A, B, Abdelmoumen
Rés. Abras Abdelmoumen
2ème Etage Appt. N° 7
Casablanca - Tél.: 05 22 25 76 14~~



الصندوق التعاضدي المهني المغربي
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

CASABLANCA LE : 29/01/2019

LAMOURI MERYEM

RISQUES AFRIQUE
CASABLANCA
MAROC

Objet : ACCORD

Matricule assuré : 10112051

DOSSIER N° : ML2249545

Décompte : 001CMIM0334D20190124871613

Colléctivité : BMCE BANK

COLLEGE :APP

Madame, Monsieur

Nous vous prions de trouver ci-joint la réponse à votre demande d'accord concernant **CHORFI AIDA** né le **12/07/2016**, ayant pour matricule CMIM **40010913**.

Cet accord a été réalisé en tenant compte des dossiers vous concernant, traités à ce jour, et de vos garanties actuelles.

ACTE	Qté	Coeff	Date debut Soins
PSYCHMOTRICITE	15	9,00	31/12/2018

Veuillez agréer Madame, Monsieur l'expression de nos sentiments distingués.

Le chef de service

Ghizlane BENJELLOUN

Professeur agrégé en Pédopsychiatrie

Responsable du Service de Pédopsychiatrie au CHU Ibn Rochd Casablanca

Présidente de la Société Marocaine de Pédopsychiatrie et Professions Associées (SMPPA)

Casablanca le :

15/11/2018

NOM :

Chafik Ancho

TSA

Rééducation psychomotrice (30 séances)



G BENJELLOUN
Professeur E.
Pédopsychiatrie

Tél . : 06 61 09 72 81- E-mail : benjelloungh@gmail.com

Asmaa NASLOUBY

Psychomotricienne
D.E, ISRP (Paris)



Le, 31.12.2018 à Casablanca

Devis N° : 104118 pour Prix en charge psychomotrice.

Nom patient : Charfi

Prénom patient : Aïda

Nombre de séances : 15 séances

Prix total : 15 x 350 = 5250

