

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 l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Declaration de Maladie

N° W19-469838

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A2902 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom : CHAFI MY ALI

Date de naissance :

Adresse :

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, compléter 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) :  Le : / /

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



* ML8294926 *

(Réservée à la CMIM)

D: _____

T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : LAJOURI YERACH

MATRICULE ASSURE : 10112051 N° CIN : BE762716

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : CHORFI LEM Lien de parenté : Eufant

MATRICULE BENEFICIAIRE : _____

Date de naissance : 12/07/16

Montant des frais (DHS) : 600,00 Nombre de pièces jointes : 12

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

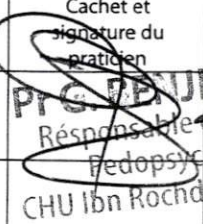
PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du malade : Chorouh Aida

Nature de la maladie :

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	26/07-19	12489	600,00	 P. G. PEUJELLOUN Responsable de Service Pedopsychiatrie CHU Ibn Rochd, Casablanca	12489
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 :

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

OPTIQUE

Code INP :

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

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

BMCE BANK
140 AVENUE HASSAN II
ANFA
CASABLANCA
MAROC



Demande de Complément D'information

N° demande 2149782

REFERENCE DOSSIER



ML8294926

RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : LAMOURIMERYEM
Matricule Assuré : 10112051
Collège : APP

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : CHORFIAIDA
Matricule du Bénéficiaire : 40010913
Lien de parenté :

COLLECTIVITE

Le complément d'information demandé sur cet imprimé doit parvenir à la CMIM dans un délai de 3 mois



RELEVÉ DES PRESTATIONS			الصندوق التعاوني المهني المغربي Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine
Date de paiement : 30/09/2019 Num Paiement : 752487 Assuré : LAMOURI MERYEM N° d'immatriculation : 10112051 Mode de règlement : Virement		LAMOURI MERYEM (BMCE BANK) AUC Consolidation et Pilotage des Risques Groupe MAROC	
Emis à Casablanca le : 04/10/2019			Page : 1

Nous avons le plaisir de vous informer ci-dessous des règlements effectués en votre faveur.

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 CHORFI AIDA /40010913 \001CMIM0211M20190822210896										
ML8294926	26/07/2019	CONSULTATION PSY & NEURO	1	1,00	85,00	600,00	300,00	0,00	255,00	
Total remboursé pour AIDA						600,00			255,00	
Total général remboursé									255,00	

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 : 26/07/19.....

Facture :

Chocki Adn

Cs pedopsy = 600,00 MAD

Pr G. BENJELLOUN
Responsable de Service
Pédopsychiatrie
CHU Ibn Rochd, Casablanca

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

Casablanca, le : 23/08/2019

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous avons bien reçu votre dossier
N°ML8294926

Cependant, nous avons besoin de ces informations indispensables
à son traitement :

NATURE DE LA MALADIE.

A noter que ce complément d'information devra nous parvenir
au plus tard 3 mois de la réception de cette lettre, le cas échéant votre dossier
sera rejetée.

Dans cette attente, veuillez agréer, Madame, Monsieur
l'expression de nos sentiments distingués.

Service Prestation

A remplir si demandé :

Nom et prénom du bénéficiaire (Avec cachet du médecin traitant) :

Aida charfi

Nature de la maladie (Avec cachet du médecin traitant) :

TSA

G. BENJELLOUN
Professeur
Pedopsychiatrie

Cachet & visa du médecin / pharmacie / Laboratoire / Radiologue/ clinique :

G. BENJELLOUN
Professeur
Pedopsychiatrie

Cachet & visa de l'opticien :

Date début et fin des séances (Avec cachet du médecin traitant) :