RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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

PRAS : 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

Nº P19-0045913

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1727 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Ben Brahim ASSiya

Date de naissance : 02-02-51

Adresse : .....

Tél. : 0522590324 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.

MUPRAS 30 OCT. 2019 ACCUEIL

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) : .....

1- Établir une feuille de soins par personne et par événement.

2- La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire) ...

3- Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.

4- 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).

5- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les trois mois qui suivent le dernier acte médical.

6- Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

7- Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et règlementaires.

8- L'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions règlementaires et de ce qui précède.

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 conseils, 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, 35 Bd d'Anfa, 20000 - CASABLANCA.

Ce traitement a reçu récépissé de la commission nationale de contrôle la protection des données à caractère personnel, sous le numéro A-161/2013 en date du 28/02/2014

✂

Nom de l'assuré : .....

Bénéficiaire : .....

Frais exposés : .....Dh

Matricule : .....

Date du dépôt du dossier : ...../...../.....

Date des soins : ...../...../.....

CMIM
LA MUTUELLE
الصندوق التعاضدي المهني المغربي
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

REFERENCE DOSSIER

ML2520678

DEMANDE DE REMBOURSEMENT
FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D : _____

T : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E) (*)

Nom et Prénom : CHRAIBI MIOU ALI

MATRICULE ASSURE : 100601SA N° CIN : B19255

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (*)

Nom et Prénom : CHRATBI MIOU ALI Lien de parenté : lui même

MATRICULE BENEFICIAIRE : 100601SA

Date de naissance : 04/07/48

Montant des frais (DHS): 1100,00 Nombre de pièces jointes : ___

(*) L'exactitude et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Numéro bordereau :	
CACHET	

SIEGE SOCIAL : 36, Boulevard d'anfa - CASABLANCA Tél : 05 22 20 24 20 / 21 Fax : 05 22 26 24 51

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

CMIM
LA MUTUELLE
الصندوق التعاضدي المهني المغربي
Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine
REFERENCE DOSSIER

ML2520678

Accusé De Réception

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénim du malade : CHARAFÔ Nizar Ali

Nature de la maladie (*) : Crise Asthmatique

CIM-10 :

(*) À fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CMIM)

NATURE DES PRÉSTATIONS

Praticien	Date début et fin de soin	Actes, quantité et coefficient	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Médecin traitant +++ Nature d'acte à préciser	24/09/19	V2	Gratuit	Professeur Abdelaziz BAKHATAR Pneumo-Phtisiologue Allergologue 416, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual Rés. Anoual Casablanca Tel : (+212) 5 22 99 60 42 ICE : 002051430000012	0993035154
Radiographie +++ Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios,...) +++ Déclaration des circonstances du traumatisme si c'est le cas	24/09/19	EFR	800,00	Professeur Abdelaziz BAKHATAR Pneumo-Phtisiologue Allergologue 416, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual Rés. Anoual Casablanca Tel : (+212) 5 22 99 60 42 ICE : 002051430000012	
	24/09/19	Gaz du Sang	200,00		
Analyses +++ Demande d'accord préalable est obligatoire pour tout bilan lourd et spécifique					

Praticien	Date début et fin de soins (*)[1]	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

(*)[1] - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...)
- Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE:

Date (*)[2] début Traitement	Date (*)[2] fin Traitement	Détail de l'ordonnace	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
		TOTAL	.....	.....	

(*)[2] Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE (*)[3]

Code INPE:

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(*)[3]- La prescription et la facture des verres sont obligatoires.
- En cas de changement d'acuité visuelle, un certificat du médecin traitant mentionnant l'ancienne et la nouvelle acuité est obligatoire pour le remboursement des verres avant délai.

✂

- Le nom et prénom du bénéficiaire doivent obligatoirement être portés sur la prescription.
- La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie (et/ou) de laboratoire)

CMIM
LA MUTUELLE التعاضدية

RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 07/10/2019
Num Paiement : 758256
Assuré : CHRAIBI MIOU ALI
N° d'immatriculation : 10060051
Mode de règlement : Virement
Veuill : Consulter Notre Espace Assure https://assures.cmim.ma/

CHRAIBI MIOU ALI BMCE BANK "RET"
BOUSKOURA GOLF CITY
IMM 45 APPT 2 RDC
BOUSKOURA 20000
CASABLANCA
MAROC

Emis à Casablanca le : 07/10/2019

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 CHRAIBI MIOU ALI / 10060051 \ 001CMIM0280M20190930273316										
ML2520678	24/09/2019	EFR (Exploration Fonct. Resp.)	1	1.00	85.00 %	600,00	750,00	0.00	510,00	
ML2520678	24/09/2019	GAZOMETRIE (GAZ de SANG)	1	300.00	85.00 %	500,00	330,00	0.00	280,50	
Total remboursé pour : ALI						1 100,00			790,50	

Décompte : 758256 **Date de Paiement** : 07/10/2019 **Prestation** : 790,50 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)

cabinet professeur BAKHATAR Abdelaziz
Pneumo-phtisiologue Allergologue
416,Bd Abdelmoumen Res.Anoual Capital Center
1er étage N°5 (Tel: 0522996624)

Informations sur le patient

Nom	CHRAIBI, MIOU ALI
ID	#1721
Age	71 (01/07/1948)
Taille	170 cm
Poids	108 kg IMC 37,4
Sexe	Masculin
Ethnicité	Caucasien

Informations sur le test

Type de test	CV et BDV
Date du test	24/09/2019 11:50:42
Heure post	24/09/2019 11:57:10
Interprétation	GOLD(2008)/Hardie
Val. théo.	ERS/ECCS
Sélection de valeur	Meill. valeur
BTPS (insp/exp)	1,11/1,02

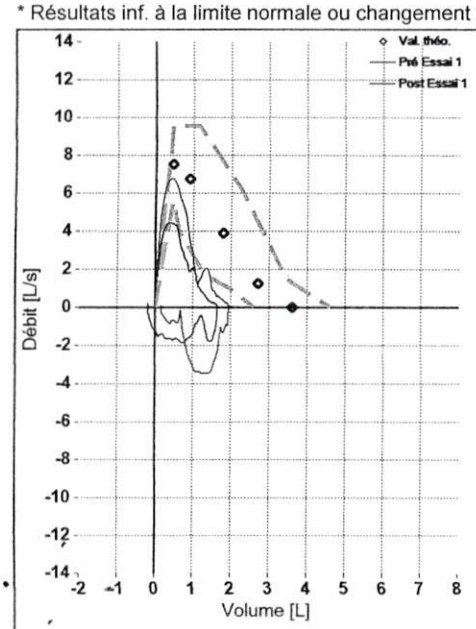
Résultat du test

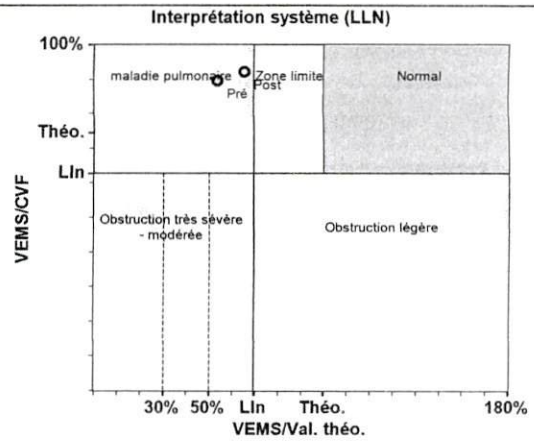
Votre VEMS/théorique: 54%

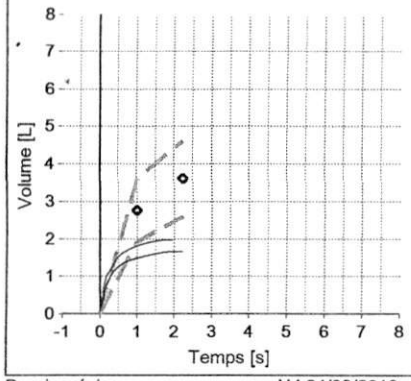
			Pré			Post			
Paramètre	**Théo.**	**Lln**	**Meilleur**	**Essai 1**	**%Théo.**	**Meilleur**	**Essai 1**	**%Théo.**	**%Diff**
CVF [L]	3,61	2,60	1,65*	1,65*	46	1,96*	1,96*	54	18*
VEMS [L]	2,76	1,92	1,48*	1,48*	54	1,80*	1,80*	65	22*
VEMS/CVF	0,744	0,626	0,895	0,895	120	0,922	0,922	124	3
DEF25-75% [L/s]	2,94	1,23	2,08	2,08	71	2,56	2,56	87	23
DEP [L/s]	7,53	5,54	4,46*	4,46*	59	6,77	6,77	90	52
CVIF [L]	3,61	2,60	1,83*	1,83*	51	1,78*	1,78*	49	-3
DIP [L/s]	-	-	1,86	1,86	-	3,47	3,47	-	86
VEMS/VEM6	-	-	0,895	0,895	-	0,922	0,922	-	3
DEF25% [L/s]	6,75	3,94	4,44	4,44	66	6,65	6,65	99	50
DEF50% [L/s]	3,89	1,72	2,42	2,42	62	2,87	2,87	74	19
ATI	-	-	-	9,924	-	-	0,000	-	-
TEF [s]	-	-	2,2	2,2	-	2,0	2,0	-	-10
DEF75% [L/s]	1,25	-	0,82	0,82	65	1,45	1,45	116	78

Qualité du test	Pré	D - Un seul essai acceptable (VEMS Var= --L (); CVF Var= --L ())
	Post	D - Un seul essai acceptable (VEMS Var= --L (); CVF Var= --L ())
Interprétation système	Pré	Aucune interprétation, pas assez d'essais acceptables
	Post	Aucune interprétation, pas assez d'essais acceptables
Interprét. syst. globale	Changement Pré / Post significatif	

Attention: qualité de test médiocre. Interpréter avec précaution.
Attention: valeurs théoriques extrapolées. Interpréter avec précaution.
* Résultats inf. à la limite normale ou changement post test significatif.







Compatible : bronche.
- Trouble ventilatoire mixte sévère
- Tx ana Pr

Dernier réviseur HJ 24/09/2019

Professeur Abdelaziz BAKHATAR
Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang

الدكتور عبدالعزيز باخطار
أستاذ التعليم العالي سابقا
بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
شهادة A.F.S.A. (شهادة التدريب المتخصص
المعمق بمستشفي بوجون، باريس)
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم

Casablanca, le 24/9/19 الدار البيضاء، في

Cabinet Dr Bakhatar
Test sanguin epoc BGEM

ID du patient: chraibi miou
ID2: ali
Date et heure: 24/09/19 10:40:16
Température du patient: 37 C

Résultats: Gaz+

pH	7,349		Basse
pCO2	42,5	mmHg	
pO2	48,3	mmHg	Basse
cHCO3-	23,4	mmol/L	
BE(ecf)	-2,3	mmol/L	Basse
cSO2	81,5	%	Basse

Résultats: Chimies+

Na+	125	mmol/L	Basse
K+	3,3	mmol/L	Basse
Ca++	< 0,25	mmol/L	Basse
Cl-	109	mmol/L	Élevée
AGap	-7	mmol/L	Basse
Hct	59	%	Élevée
cHgb	20,1	g/dL	Élevée

Résultats: Méta+

Glu	70	mg/dL	Basse
Lac	2,42	mmol/L	Élevée
Crea	0,98	mg/dL	

Plages de référence

pH	7,350 - 7,450	
pO2	83,0 - 108,0	mmHg
BE(ecf)	-2,0 - 3,0	mmol/L
cSO2	94,0 - 98,0	%
Na+	138 - 146	mmol/L
K+	3,5 - 4,5	mmol/L
Ca++	1,15 - 1,33	mmol/L
Cl-	98 - 107	mmol/L
AGap	7 - 16	mmol/L
Hct	38 - 51	%
cHgb	12,0 - 17,0	g/dL
Glu	74 - 100	mg/dL
Lac	0,56 - 1,39	mmol/L

Type d'échantillon: Artériel
Hémodilution: Non
Âge: 71 ans
Taille: 170 cm
Sexe: Homme

Commentaires:
Opérateur: 1234
Lot de cartes: 00-19111-10
Dernier CQE: 25/09/19 10:36:42
Reader: 08445 (2.2.12.1)
Host: 12348521402768 (3.30.3)
Config. capteurs: 34.2
Version eVAD: N/D

Mr chraibi Miou Ali
Gaz du sang en air ambiant
Insuffisance respiratoire type 2 pure

416, Bd Abdelmoumen (Angle Bd Anoual), Résidence Anoual Capital Center - 1er étage, N°5 - Casablanca, Maroc
Tél. : (+212) 5 22 99 66 24 — GSM : (+212) 6 61 08 99 15 — E-mail : bakhataraziz@gmail.com

Professeur Abdelaziz BAKHATAR
Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang

الدكتور عبدالعزيز باخطار
أستاذ التعليم العالي سابقا
بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
شهادة A.F.S.A. (شهادة التدريب المتخصص
المعمق بمستشفي بوجون، باريس)
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم

Casablanca, le 24 Septembre 2019 الدار البيضاء، في

NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné. Professeur Abdelaziz BAKHATAR

avoir reçu des honoraires

de la part de Monsieur CHRAIBI MIOU ALI

concernant l'examen EFR + GAZ DU SANG

la somme de 1100 DHS

416, Bd Abdelmoumen (Angle Bd Anoual), Résidence Anoual Capital Center - 1er étage, N°5 - Casablanca, Maroc
Tél. : (+212) 5 22 99 66 24 — GSM : (+212) 6 61 08 99 15 — E-mail : bakhataraziz@gmail.com