

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.

Educateur :

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.

Prothésiste :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

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



39 834
Déclaration de Maladie : N° P19- 0024608

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 454 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABALI Nahomir Date de naissance : 11/11/1943
Adresse : 127 Rue ABOU WAQI Des Sekkal Bourgogne 950
Tél. : 0665716884 Total des frais engagés : 1611,54 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : DARDAWI Jafa

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 : Casablanca

Le : 30/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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



REFERENCE DOSSIER



DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D: _____

T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : ABALI Ali DARHARY Safie

MATRICULE ASSURE : 20065878 N° CIN : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : _____ Lien de parenté : _____

MATRICULE BENEFICIAIRE : _____

Date de naissance : _____

Montant des frais (DHS) : _____ Nombre de pièces jointes : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

EMPLOYEUR	CACHET DE LA MUTUELLE
Número 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 : ABAL SAFA
 Nature de la maladie : Affect chrb
 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	30/08/2020	CN	2100H		092071317
	24/02/2020	CN	600H		092071317
Radiographie	30/06/2020	K	1100H		092071317
		AV			
		Ge			
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 : INPE 092 042 092

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
06/20	Esac 20/21	04	144,50	578,00	PHARMACIE MEHDI BEN BARKA Rue Abdellah El-Madani N° 3 Tél: 0522 95 15 99 - Casablanca
	Argosp	01	30,50	30,50	
	D-shes bala	03	89,00	267,00	
	Acidi biana	03	112,00	336,00	
	reference	03			
21/07/20	D-shes AB	01	56,30	56,30	
	TOTAL	01		56,30	

OPTIQUE

Code INP : _____

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

Docteur Khaled Hallouly

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
Estomac - Intestins - Foie

CHIRURGIE ANALE
HEMORROIDES - FISTULE - FISSURE

Fibroscopie Digestive

Ancien Chef du Service de Gastro-Entérologie

الدكتور خالد الحلولي

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
المعدة - الأمعاء - الكبد

أمراض وجراحة المخرج

البواسير والدمل

الكشف بالمنظار

رئيس سابق لقسم أمراض الجهاز الهضمي

Casablanca, le 21/08/2020

ABALI SAFIA

56130

56130

Cure (S.V)

1 dose / 15

+ 2us

56130

PHARMACIE MEHDI BEN BARKA
Rue Abdou Moumen 3
Tél: 0522 45 45 99 - Casablanca

Dr. Khaled HALLOULY
Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif
Chirurgie Anale
7, Rue Bendahan Bd. Mohammed V
Tél: 0522 27 18 80 / 05 22 27 88 61

7, زقة بن دحان - شارع محمد الخامس الدار البيضاء - الهاتف 0 522 278 861 / 0 522 471 680
7, Rue Bendahan - Bd. Mohammed v - CASABLANCA 01 - Tél.: 0 522 278 861 / 0 522 471 680
E.Mail : drk.hallouly@gmail.com

Docteur Khaled Hallouly

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
Estomac - Intestins - Foie

CHIRURGIE ANALE
HEMORROIDES - FISTULE - FISSURE

Fibroscopie Digestive

Ancien Chef du Service de Gastro-Entérologie

الدكتور خالد الحلولي

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

المعدة - الأمعاء - الكبد

أمراض وجراحة المخرج

البواسير والدمل

الكشف بالمنظار

رئيس سابق لقسم أمراض الجهاز الهضمي

Casablanca, le 30 JUIN 2020

Asari SATIA

144180 x 4 = 576720

ESAC 20



2 fl Linct 2/2
+ 3mes

30150

Argo



89100 x 3 = 267300

D. Stren Booste



1 sachet x 1/1

PPC : 89 DH

PPC : 89 DH

PPC : 89 DH

Madhane



PHARMACIE MEHDI BEN BARKA
Rue Abdelhak El Hadjadj N° 3
Tél: 0522 95 15 99 - Casablanca

PHARMACIE MEHDI BEN BARKA
Rue Abdelhak El Hadjadj N° 3
Tél: 0522 95 15 99 - Casablanca

PHARMACIE MEHDI BEN BARKA
Rue Abdelhak El Hadjadj N° 3
Tél: 0522 95 15 99 - Casablanca



Khaled HALLOUY
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
CHIRURGIE ANALE
Rue Mohammed V
Bordj Boujelleg
Tél: 0522 27 85 61

7, Rue Bendahar - Bd. Mohammed V - CASABLANCA 01 - Tél.: 0 522 278 861 / 0 522 471 680
E-Mail : drk.hallouly@gmail.com

Docteur Khaled Hallouly

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
Estomac - Intestins - Foie

CHIRURGIE ANALE
HEMORROIDES - FISTULE - FISSURE

Fibroscopie Digestive

Ancien Chef du Service de Gastro-Entérologie

الدكتور خالد الحلولي

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

المعدة - الأمعاء - الكبد

أمراض وجراحة المخرج

البواسير والدمل

الكشف بالمنظار

رئيس سابق لقسم أمراض الجهاز الهضمي

Casablanca, le

30/06/2020

NOTE D' HONORAIRES DE MME ABALI SAFIA

Echographie abdominale : K15 150,00 DH

Avec mes meilleures salutations.

DR. HALLOULY



RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 04/08/2020
Num Paiement : 936484
Assuré : DARDARY EP.ABALI SAFIA
N° d'immatriculation : 10066595
Mode de règlement : Virement
Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <https://assures.cmim.ma/>



DARDARY EP.ABALI SAFIA ATTIJARIWABA BANK "RET"
127 RUE ABOU WAQT RESD SEKKAT APPT 3
2EM ETAGE BOURGOGNE 20000
CASABLANCA
MAROC



Emis à Casablanca le : 04/08/2020

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 DARDARY EP.ABALI SAFIA / 10066595 \ 001CMIM0280M20200729730543										
ML1991686	30/06/2020	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	250,00	300.00	0.00	212,50	
ML1991686	30/06/2020	ECHOGRAPHIE ABDOMINALE	1	1.00	85.00 %	150,00	320.00	0.00	127,50	
ML1991686	30/06/2020	PHARMACIE NON REMB	1	1.00	forf	89,00	89.00	0.00	0.00	OBSERVATION// PHARMACIE NR
ML1991686	30/06/2020	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	1 122,54	1122.54	0.00	954,16	
Total remboursé pour : SAFIA						1 611,54			1 294,16	

Décompte : 936484 Date de Paiement : 04/08/2020 Prestation : 1 294,16 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)