

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Education :

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.

Orthopédie :

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

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

39834

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024608

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	454	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		ABALI Nahomir	Date de naissance : 1/1/1943
Adresse :		127 Rue ABOU WAGT Des Sékkal Bourgogne Casab	
Tél. :		0665716884	Total des frais engagés : 161154 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : DARDARI Jafa

14 SEP. 2020

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 : Casablanca

Le : 32/106/2020

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



* M L 1991686 *

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES**

(Réservée à la CMIM)

D: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : ABALI bée DARJARY Safia,
MATRICULE ASSURE : 2006 S 6 78 N° CIN : | | |

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

Nom et Prénom : Lien de parenté :

MATRICULE BENEFICIAIRE : _____

Date de naissance : | | | | | |

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

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 : *ABALI SIDI A*

Nature de la maladie : *Affect cnyb*

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	<i>30/06/2010</i>	<i>Cn</i>	<i>2000</i>	<i>DR Khaled HALLOUN</i>	<i>091071317</i>
	<i>21/07/2010</i>	<i>Cn</i>	<i>2000</i>	<i>DR Khaled HALLOUN</i>	<i>091071317</i>
Radiographie	<i>30/06/2010</i>	<i>K AV</i>	<i>1000</i>	<i>DR Khaled HALLOUN</i>	<i>091071317</i>
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 092042092*

Date	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense	OBSERVATIONS
<i>20/06/2010</i>	<i>ESAC 20/21 01</i>	<i>04</i>	<i>144,50</i>	<i>578,00</i>	<i>PHARMECHEMIDI BEN BARKA</i>
	<i>Argosp 01</i>	<i>01</i>	<i>30,50</i>	<i>30,50</i>	<i>Rue Abdellah El Haddadou N° 3</i>
	<i>Distress 01</i>	<i>03</i>	<i>89,00</i>	<i>267,00</i>	<i>Casablanca</i>
	<i>Acidol 20/21 01</i>	<i>01</i>	<i>112,00</i>	<i>336,00</i>	<i>PHARMECHEMIDI BEN BARKA</i>
				<i>1211,50</i>	<i>Rue Abdellah El Haddadou N° 3</i>
	<i>Discreta 01</i>	<i>01</i>	<i>56,30</i>	<i>56,30</i>	<i>PHARMECHEMIDI BEN BARKA</i>
	<i>TOTAL</i>	<i>0,1</i>		<i>56,30</i>	<i>Rue Abdellah El Haddadou N° 3</i>
					<i>PHARMECHEMIDI BEN BARKA</i>
					<i>Tel: 0522 95 15 99 - Casablanca</i>
					<i>Tel: 0522 95 15 99 - Casablanca</i>
					<i>Tel: 0522 95 15 99 - Casablanca</i>

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 وجرأحة المخرج

ال بواسير والدمى

الكشف بالمنظار

رئيس سابق لقسم أمراض الجهاز الهضمي

Casablanca, le 21.08.2020

Abdel SAFAI

56130

✓ D

Curé S.V

1 doc / 15

✓ 11

+ dues

56130

PHARMACEUTIQUE MCHU BEN BARKA
Rue Abdellatif Ben Abdallah n° 3
Casablanca
0522 278 861

Dr. Khaled HALLOLY
Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif
Chirurgie Anale
7, Rue Bendahan Bd. Mohammed V
Casablanca
0522 278 861 / 0522 471 680
E-Mail : drk.hallouly@gmail.com

زنقة 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
HEMORROÏDES - FISTULE - FISSURE
Fibroscopie Digestive

Ancien Chef du Service de Gastro-Entérologie

الدكتور خالد الحلولي

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

المعدة - الأمعاء - الكبد

أمراض وجرأة المخرج

ال بواسير والدمى

الكشف بالمنظار

رئيس سابق لقسم أمراض الجهاز الهضمي

Casablanca, le 04.06.2020

Abdel SARA

$$144180 \times 4 = 57600$$

0 Esc 20

AS

1 gél. 1 not 2/2
+ 3 més

30/50

0 Arg

AS

2 mg

$$89,00 + 3 = 92$$

0 D. Stren Booster AS
1 radix 1/1 + 3 més

PPC : 89 DH

PPC : 89 DH

PPC : 89 DH

PHARMACIE MEHDI BEN BARKA
Av. Mehdi Ben Barka
Rue Abdellah Ben Haddouche
Tél: 0522 95 15 99 - Casablanca

121.00
121.00
121.00

PHARMACIE MEHDI BEN 3

Av. Mehdi Ben Barka

Rue Abdellah Ben Haddouche

Tél: 0522 95 15 99 - Casablanca

401560-504477

401560-504477

401560-504477

Khaled HALLOLY
Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif
Chirurgie Anale
Benzina Ben Mohamed V
Casablanca 01 - Tél: 0522 278 861 / 0522 471 680
E-Mail : drk.hallouly@gmail.com

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

ESAC 20 mg
28 gélules PROMOPHARM S.A.

ESAC 20 mg
28 gélules PROMOPHARM S.A.

6 118000 241898

ARGO Suspension buvable 250ml
6 118000 091059

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 الحلواني
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
المعدة - الأمعاء - الكبد
أمراض وجرح المخرج
ال بواسير والدمى
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.



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



RELEVE 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 Assure <https://assures.cmim.ma/>



DARDARY EP.ABALI SAFIA ATTIJARIWAFA 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)