

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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

N° W21-799107

Complément

59610

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *10452*

Société : *RAM*

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : *ELAMRAOUI*

SAITI

Date de naissance : *26/07/1975*

Adresse :

Tél. : *0661149714*

Total des frais engagés :

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : *25/05/2023*

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

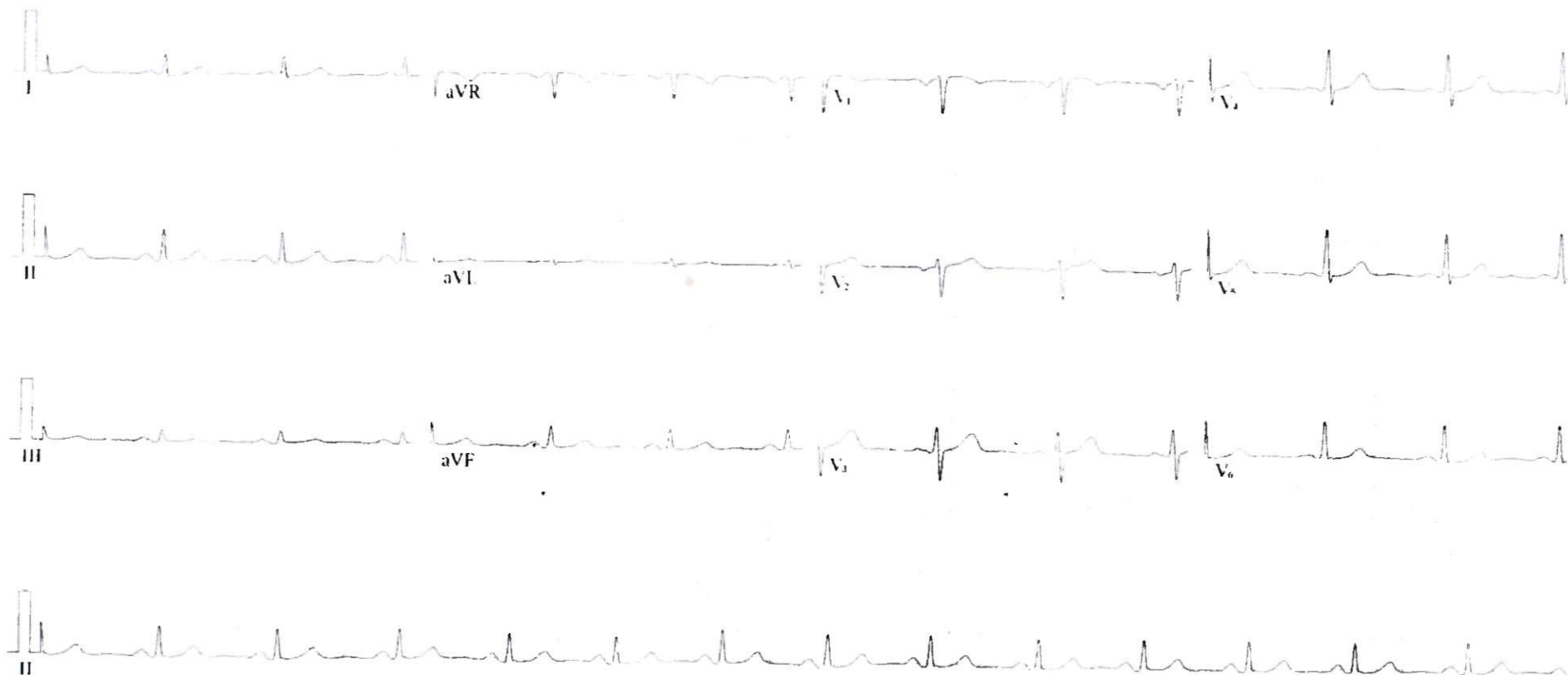
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz Intervalle PR : 108 ms

Durée Echantillon : 14 s Intervalle QT : 352 ms

FC : 85 bpm Intervalle QTc : 419 ms

Durée P : 86 ms Axe P : 74.1°

Durée QRS : 86 ms Axe QRS : 63.8°

Durée T : 236 ms Axe T : 56.8°

Suggestion :

QRS deflection ≤ 1.0 mV in chest leads.Dr. J. SIBAÏ
CARDIOLOGUEAngle 38, Bd Lalla Yacout et
1, Rue El Arar - Casablanca
Tél.: 05 22 43 75 79 - 05 22 43 78 90

Filtre Principal: On Filtre ADS: On



Build: 20070122

Imprime : 22-2-2023 13:38:42

Signature Médecin:

كوفرسيل

ريديريبل أرجينين ، جين

أخذ هذا الدواء ، لا تحتوي على

معلومات
إقرأ
استفظ به
إذا كانت لديك
لقد وصف هـ
شخصياً ، فلا يجوز إستعماله لشخص آخر
حتى وإن كانت الأعراض متشابهة ، فليد تلحق به الضرر
إذا شعرت بأي آثار جانبية تكلم مع الطبيب أو الصيدلاني أو الممرض (ة) .
هذا ينطبق أيضاً على جميع الآثار الجانبية الغير الدل بها في هذه النشرة
(أنظر إلى مقطع 4 : «ماهي الآثار الجانبية المحتملة») .

في هذه النشرة
1. ما هو كوفرسيل ؟
2. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
3. كيف يؤخذ كوفرسيل ؟
4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة ؟
5. متى يجب إيقاف كوفرسيل ؟
6. ما هي الاحتياطات والإجراءات
7. كيف يجب تخزين كوفرسيل ؟
8. ما هي التواريخ المهمة
9. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
10. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
11. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
12. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
13. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
14. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
15. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
16. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
17. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
18. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
19. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
20. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
21. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
22. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
23. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
24. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
25. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
26. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
27. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
28. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
29. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
30. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
31. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
32. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
33. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
34. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
35. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
36. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
37. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
38. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
39. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
40. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
41. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
42. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
43. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
44. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
45. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
46. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
47. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
48. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
49. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
50. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
51. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
52. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
53. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
54. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
55. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
56. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
57. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
58. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
59. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
60. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
61. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
62. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
63. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
64. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
65. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
66. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
67. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
68. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
69. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
70. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
71. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
72. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
73. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
74. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
75. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
76. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
77. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
78. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
79. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
80. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
81. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
82. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
83. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
84. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
85. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
86. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
87. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
88. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
89. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
90. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
91. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
92. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
93. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
94. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
95. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
96. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
97. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
98. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
99. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟
100. ما هي المعلومات المفروضة معرفتها قبل أخذ كوفرسيل ؟

KARDEC 75MG
SACHETS 830

P.P.V : 300DH70

118888 861847

15mg

KA

KARDEC 75MG
SACHETS 830

P.P.V : 300DH70

118888 861847

KARD

Acétylsalicylate
poudre pour sachet

118888 861847

JANOFI

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

118888 861847

LOT 211754

EXP 06 2025

PPV 46.70 DH

LOT 213504

EXP 01 2026

PPV 46.70 DH

con

it de

po

à v

dc

me même si les signes de

vent grave ou si vous remarq

la notice, parlez-en à votre m

le, et dans quels cas est-il

connaitre avant de prendre

lmes ?

retuents ?

rimés ?

ts. ET DANS QUELS

1 principe actif appelé r

s réactions chimiques

que dans le sang et les

ou prévenir la formatio

le produit en trop gra

ts sont responsables

rtains autres types de

A CONNAITRE

tolérance à certs

n des constituants

liée à la forme

vis de votre mé

rière avant

reins.

son artériel

un IEC (le

ne

er

nji

sc

1 reins.

son artériel

un IEC (le

ne

er

nji

sc

1 reins.

son artériel

un IEC (le

ne

er

nji

sc

1 reins.

son artériel

un IEC (le

ne

er

nji

sc

Docteur Jamal SIBAI

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris

Horaires d'ouverture :
du Lundi au Jeudi 9h à 15h.
Samedi 9h à 11h

Fermé le vendredi, samedi après-midi et le dimanche

الدكتور جمال السباعي

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
خريج كلية الطب بباريس

أوقات العمل من الإثنين إلى الخميس من 9 إلى 15
و السبت من 9 إلى 11
العيادة مغلقة يوم الجمعة و السبت بعد الزوال و الأحد

N° d'identification du praticien : 091129718 : الرقم الوطني الاستدلالي

Casablanca, le 22 FEB 2023

الدار البيضاء في

Dr. El Rhodani Hassan

REGIME SANS SEL

92,00 x 6 Coveryl 5, 14 x 2/g

TRAITEMENT DE 3 MOIS

30,70 x 3 Kardég 75, 1 sachet/g

TRAITEMENT DE 3 MOIS

46,70 x 2 Zylonic 100, 14 x 2/g

TRAITEMENT DE 3 MOIS

PHARMACIE EL LOTI
Mme. BENJELJOUN NEAMA
313, Bd. Oued Tensift El Oufia
Casablanca - Tél: 022 91 90 11

Dr. J. SIBAI
CARDIOLOGUE
Angle 33, Bd. Lalla Yacout et
1, Rue El Araar - Casablanca
Tél.: 05 22 48 79 79 - 05 22 48 78 90

زاوية 1، زقة العرعار (كي لوسك سابقا) و 38 شارع للا ياقوت - عمارة يمسي - الطابق الأول - الدار البيضاء 20090 الهاتف : 05 22 48 79 79 / 05 22 48 78 90
ICE : 001790451000004
Angle 1, Rue El Araar (ex. Gay Lussac) et 38, Bd. Lalla Yacout - Imm. BMCI - 1er Etage - Casablanca 20090 - Tél. : 05 22 48 79 79 / 05 22 48 78 90

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

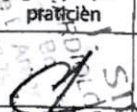
Nom et prénom du malade : E. RHODARI Haman

Nature de la maladie (4) : HTA chronique

CIM-10 :

(4) A fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CMIM)

NATURE DES PRESTATIONS

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	22 FEV. 2023	C + EW	300,-		091129718
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					
Analyses *** Demande d'accord préalable est obligatoire pour tout bilan lourd et spécifique					

Praticien	Date début et fin de soins (4)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					

(4) - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, psychomotricité, psychiatrie, etc.)
- Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE : 092025014

Date (4) début Traitement	Date (4) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
22/2/23		COVERSYL 5	6	92,00	552,00
		KARDECIC 75	3	30,70	92,10
		ZYLORIC 600	2	46,70	93,40
		TOTAL	11	169,40	737,50

(4) Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE (4)

Code INPE :

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(4) - 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.

QUELQUES CONSEILS POUR REMPLIR LA FEUILLE DE SOIN

- 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 réglementaires.
- 8- L'obligation de remboursement prise par la CMIM est subordonnée au respect des conditions réglementaires 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



REFERENCE DOSSIER



* M L 3 4 1 1 7 2 4 *

DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E) (1)

Nom et Prénom :

HASSAN EL RHODHANI

MATRICULE ASSURE :

110954429

N° CIN :

BE 84943

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom :

HASSAN EL RHODHANI

Lien de parenté :

Proche

MATRICULE BENEFICIAIRE :

110954429

Date de naissance :

10/05/67

Montant des frais (DHS) :

1037,50

Nombre de pièces jointes :

43


(1) 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	

SIÈGE 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

RELEVÉ DES PRESTATIONS			الصندوق التعاوني المهني المغربي Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine
Date de paiement : 25/04/2023 Num Paiement : 1642914 Assuré : EL RHODAIBI HASSAN N° d'immatriculation : 10054129 Mode de règlement : Virement		EL RHODAIBI HASSAN (BANK OF AFRICA) AUC EL OULFA MAROC	
Emis à Casablanca le : 02/05/2023			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 rembourser	Motif rejet
Pour EL RHODAIBI HASSAN /10054129 \001CMIM0347M20230414463104										
ML3411724	22/02/2023	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1,00	85.00	200,00	300,00	0,00	170,00	
ML3411724	22/02/2023	PHARMACIE	1	1,00	85.00	93,40	93,40	0,00	79,39	
ML3411724	22/02/2023	COVERSYL 5 MG (Prix : 145,9 dhs)	6	1,00	85.00	552,00	875,40	0,00	469,20	
ML3411724	22/02/2023	KARDEGIC 75MG 75 MG (Prix : 30,7 dhs)	3	1,00	85.00	92,10	92,10	0,00	78,29	
ML3411724	22/02/2023	ECG (électrocardiographie)	1	1,00	85.00	100,00	100,00	0,00	85,00	
Total remboursé pour HASSAN						1 037,50			881,88	
Total général remboursé									881,88	