

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## soins 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.

## Éducation :

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 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

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 Alial 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 454

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABALI Noham

Date de naissance : 1943

Adresse : 127 Rue ABSOU WASI khelaf Les SEKKAT Bourgogne CASA

Tél. : 0665716884

Total des frais engagés : 1421,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Safia DARDARY

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 : CASA

Le : 10/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## 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 2 6 0 4 1 6 8 \*

## DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D:

T:

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E)

Nom et Prénom : ABALI née DAR DARY Salma

MATRICULE ASSURE : 20065678 N° CIN : LA210944

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom et Prénom : ..... Lien de parenté : .....

MATRICULE BENEFICIAIRE : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Montant des frais (DHS): ..... 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](http://www.cmim.ma)

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : ABDALLAH SAGA

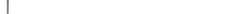
Nature de la maladie ( ): Afectus Digestive

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	Dr. IKRAM ALLOUL Spécialiste des Maladies de l'appareil digestif et proctologique Téléphone : 06 91 64 59 / 05 22 47 16 80 CODE INPE (Obligatoire)
Médecin traitant +++ Nature d'acte à préciser		250	08 006019
Radiographie +++ Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios,...)		K Auscopic 50 400 Echogramme 300 Abdominal	Dr. IKRAM ALLOUL Spécialiste des Maladies de l'appareil digestif et proctologique Téléphone : 06 91 64 59 / 05 22 47 16 80
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 (§1)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					
					

(\*)<sup>1</sup> - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...)  
- Accord préalable obligatoire

## FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: L  
INPE 092 042 092

Date ( <sup>1</sup> ) début Traitement	Date ( <sup>2</sup> ) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
24-2-21		ESAC 20/28 zip 3 Dermasept cr. 60g OESINA AQUA 60g LIBRAY cp 60g CICAPROXYL 60g PHARMACIE MEHDI BEN BARKI Tél: 022.9515.99 Casablanca	144,50 79,00 30,00 21,00 133,00 64,00 94,00 94,00	144,50 79,00 30,00 21,00 133,00 64,00 94,00 94,00	433,50 79,00 30,00 21,00 133,00 64,00 94,00 94,00
		PHARMACIE MEHDI BEN BARKI Tél: 022.9515.99 Casablanca	144,50 64,00 94,00 94,00	144,50 64,00 94,00 94,00	433,50 64,00 94,00 94,00
		PHARMACIE MEHDI BEN BARKI Tél: 022.9515.99 Casablanca	144,50 64,00 94,00 94,00	144,50 64,00 94,00 94,00	433,50 64,00 94,00 94,00
		PHARMACIE MEHDI BEN BARKI Tél: 022.9515.99 Casablanca	144,50 64,00 94,00 94,00	144,50 64,00 94,00 94,00	433,50 64,00 94,00 94,00

(\*)<sup>2</sup> Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE (3)

Code INPE: 11111111

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(\*)<sup>3</sup>- 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.



### RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 19/04/2021  
 Num Paiement : 1111383  
 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 : 19/04/2021

Page:2 / 2

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 \ 001CMIM0280M20210413159557										
ML2604168	24/03/2021	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	250,00	300.00	0.00	212,50	OBSERVATION// PHARMACIE NR
ML2604168	24/03/2021	PHARMACIE NON REMB	1	1.00	forf	79,50	79.50	0.00	0.00	
ML2604168	24/03/2021	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	642,00	642.00	0.00	545,70	
ML2604168	24/03/2021	ECHOGRAPHIE ABDOMINALE	1	1.00	85.00 %	400,00	320.00	0.00	272,00	
ML2604168	24/03/2021	ANUSCOPIE	1	1.00	85.00 %	50,00	100.00	0.00	42,50	
Total remboursé pour : SAFIA						1 421,50			1 072,70	

**Décompte : 1111383 Date de Paiement : 19/04/2021 Prestation : 1 072,70 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)

**DOCTEUR IKRAM HALLOULY**  
**SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGIE**



**الدكتورة إكرام الحلولي**

إختصاصية أمراض الجهاز الهضمي والكبد

Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins

Hémorroïde fistule fissure

Endoscopie Digestive, Echo-endoscopie

Echogastroscopie digestive - Nutr	LOT	20/31
09H00 à 14H00	PER	02/22
09H00 à 14H00	PPV	144 DH/50
09H00 à 14H00		
09H00 à 14H00		

28 gélules PROMOPHARM S.A.



6 118000 241898

التهاب الكبد الفيروسي، المعدة، المرارة، الـ

أمراض المخرج و جراحة البواسير

الكشف بالمنظار و الصدى

التغدية العامة

ESAC® 20 mg

28 gélules PROMOPHARM S.A.



6 118000 241898

Casablanca, le .....24/03/2021.....

Mme ABALI SAFIA

144,50 x 3 = 433,50  
1 ESAC 20



1 Comprimé le matin avant le repas pendant 3 mois

39,00 DAKA  
N° 3 DAKA DERMASEPT POMMADÉ

Tél: 022.95.15.99 - Casablanca

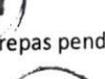


1 Application le matin, 1 Application le soir après le repas pendant 15 jours

30,00

2/ OESINE AQUEUSE

PPU: 21,00 DH

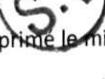


1 Application le soir après le repas pendant 1 mois

21,00

LIBRAX Cpr enr Plq/30

PPU: 21,00 DH



1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi avant le repas pendant 6 mois

64,00 DAKA

Canesten® pommade

NET: 15g

BEN BARKA

DOCTEUR IKRAM HALLOULY  
SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGIE



الدكتورة إكرام الحلولي  
إختصاصية أمراض الجهاز الهضمي والكبد

Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins  
Hémorroïde Fistule Fissure  
Endoscopie Digestive, Echo-endoscopie  
Echographie Abdominale - Nutrition

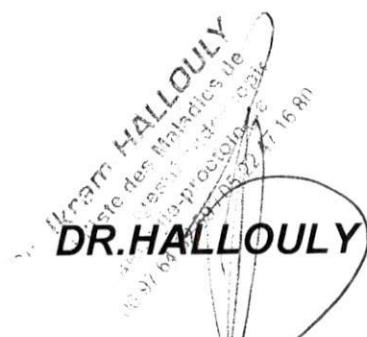
التهاب الكبد الفيروسي ، المعدة ، المرارة ، الأمعاء  
أمراض المخرج و جراحة البواسر  
الكشف بالرنضار والصدى  
التغدية العامة

24/03/2021

Casablanca, le .....

**ECHOGRAPHIE ABDOMINALE DE MME ABALI SAFIA**

- \* Les différentes coupes réalisées montrent :
- \* Un foie d'échostructure homogène et de volume normal.
- \* La vésicule biliaire est echotransparante, sa paroi est fine.
- \* La voie biliaire principale est de calibre normal.
- \* Les deux reins, le pancréas et la rate sont échographiquement normaux.
- \* Distension colique. ✓
- \* Pas d'épanchement péritonéal.
- \* Pas d'adénopathies profondes.
- \* A compléter par Bilan biologique.



☎ : 05 22 27 88 61 - 05 22 471 680

زنقة بن دحان - شارع محمد الخامس، الدار البيضاء - 7  
Rue Bendahan - Bd Mohamed V - Casablanca

✉ : ikramhallouly - ✉ : halloulik@gmail.com