

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

Consignes 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.

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 : 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

Complément
Déclaration de Maladie

N° P19- 0043106

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 454 Société : RAM 71526

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABALI Dehamer

Date de naissance : 1943

Adresse : 127 Rue ABOU WASSI khelaf Ras 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 :

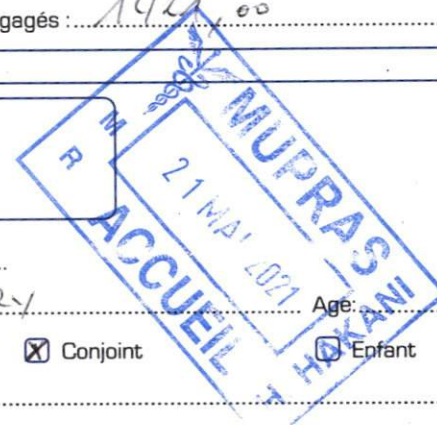
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 16/05/2021

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



DEMANDE DE REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D: _____

T: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (1)

Nom et Prénom : ABALI née DARDAÏY Salma

MATRICULE ASSURE : 20065678 N° CIN : A210944

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

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

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : ABAI SAGA

Nature de la maladie (+): Affectus Dignus

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	Depenses Spécialité Appareil digestif Tél 06 97 54 62 59 / 05 22 47 16 80	CODE INPE (Obligatoire)
Médecin traitant *** Nature d'acte à préciser		2007 42	250	08.996411
		K Anuscopie	Dr. Ikram HALLOUL Spécialiste des Maladies de l'Appareil digestif-endoscopie Hépatologie-proctologie Tél 06 97 54 62 59 / 05 22 47 16 80	
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		2007 43 K Echographie Abdomen	Dr. Ikram HALLOUL Spécialiste des Maladies de l'Appareil digestif-endoscopie Hépatologie-proctologie Tél 06 97 54 62 59 / 05 22 47 16 80	
Analyses *** Demande d'accord préalable est obligatoire pour tout bilan lourd et spécifique				

[illegible]

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

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: ~~INPE 092 042~~ 092

Date (a) ² début Traitement	Date (a) ² fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
24-3-21		ESAC 20/28	3	144,50	433,50
		Dermasept CR	1	79,00	79,00
		OESino A querc	1	30,00	30,00
		Libray cp	1	21,00	21,00
		CIC apt	1	133,00	133,00
		PHARMACIE MEHDI BEN BARK N° 3 Rue Azou El Ben Bark Tél: 022.95.15.99 - Casablanca	1	641,00	641,00
		PHARMACIE MEHDI BEN BARK N° 3 Rue Azou El Ben Bark Tél: 022.95.15.99 - Casablanca	1	941,00	941,00
		PHARMACIE MEHDI BEN BARK N° 3 Rue Azou El Ben Bark Tél: 022.95.15.99 - Casablanca	1	941,00	941,00
		TOTAL	8	222,95	1772,95

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

OPTIQUE (.)³[illegible]

	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



RELEVÉ 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 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 : 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	
ML2604168	24/03/2021	PHARMACIE NON REMB	1	1.00	forf	79,50	79.50	0.00	0.00	OBSERVATION// PHARMACIE NR
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 و الكبد

Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins

Hémorroïde fistule fissure

Endoscopie Digestive, Echo-endoscopie

Echographie Abdominale - Nutri

0940114 Add
20/10/83
0000000000

LOT 20 31
PER 02/22
PPV 144 DH 50



Casablanca, le24/03/2021.....

Mme ABALI SAFIA

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



1 Comprimé le matin avant le repas pendant 3 mois

39,00
N° 31
DERMASEPT POMMADE
Tél: 022.95.15.99 - Casablanca



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

30,00
3 OESINE AQUEUSE

PPV: 21,00 DH



1 Application le soir après le repas pendant 1 mois

21,00
4 LIBRAX Cpr enr Plq/30



1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi avant le repas pendant 3 mois

64,00
Canesten pomade
1 Application x 8

Librax® 5/2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



Canesten® Extra
15 g de crème



94,00
6/ Vigamex Capsule

05 22 27 88 6



20006
12/2022
PPC: 94,00 DH

7, Zénqa Ben Dahan - شارع محمد الخامس, الدار البيضاء - 7, Rue Bendahan - Bd Mohamed V - Casablanca

ikramhallouly - halloulik@gmail.com

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

إنهاب الكبد الفيروسي , المعدة , المرارة , الأمعاء
أمراض المخرج و جراحة البواسير
الكشف بالمنظار و الصدى
24/03/2021 التغذية العامة

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.

IKRAM HALLOULY
Spécialiste des Maladies de
l'Appareil Digestif et du
Gastro-Intestin
105 22 27 88 61 - 105 22 47 16 80

☎ : 05 22 27 88 61 - 05 22 47 16 80

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

📧 : ikramhallouly - 📧 : halloul@gmail.com