

## 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0034680

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 454 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ABALI Mohamed  
Date de naissance : 1943  
Adresse : 127 Rue ABOU WAEL Khalaf Ras SEKKAL Bourgogne  
Tél. : 0665716884 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : DARDARY Sofie Age : 74  
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  
Signature de l'adhérent(e) :  
30 JAN. 2023  
ACCUEIL



une feuille de soins par personne et par événement.

- 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) ...
- Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.

- 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)

- 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.

- Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

- 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.

- 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.

Le 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

Bénéficiaire  
Frais exposés

REFERENCE DOSSIER



DEMANDE  
FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

(Réservée à la CMIM)

D: \_\_\_\_\_

T: \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE (E) (1)

Nom et Prénom: ABALI hee JARNARY Sefou

MATRICULE ASSURE: 20065678 N° CIN: A210946

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (1)

Nom et Prénom: \_\_\_\_\_ Lien de parenté: \_\_\_\_\_

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

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

Montant des frais (DHS): \_\_\_\_\_ Nombre de pièces jointes: 1

(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	

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 -**

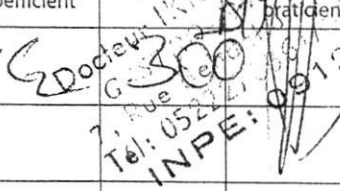
Nom et prénom du malade : ABALI SANA

Nature de la maladie (a) : Algueuse Digestive

CIM-10 : .....

(a) 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	13 Sept 2022	300	300	 INPE: 091265900	061265900
Nature d'acte à préciser					
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 (a)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires					
médicaux					

(a) - 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 début Traitement	Date fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
13/09/22	13/10/22	ESAC 061265900	06	144,50	867,00
		Natal SP	04	38,50	38,50
		DE Roumex	02	49,00	98,00
		ADAR CR	01	124,50	124,50
		Ansiover CP	02	99,00	198,00
		D3 Normat	01	89,50	89,50
		Vigamox CP	01	105,00	105,00
		TOTAL	14		1520,50

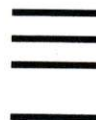
(a) Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

**OPTIQUE (a)**

Code INPE: .....

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(a) - 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.



### RELEVÉ DES PRESTATIONS

Date de paiement : 17/10/2022  
Num Paiement : 1497873  
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  
ZEM ETAGE BOURGOGNE 20000  
CASABLANCA  
MAROC



Emis à Casablanca le : 17/10/2022

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 remboursé	Motif rejet
Pour DARDARY EP.ABALI SAFIA / 10066595 \ 001CMIM0280M20221005104127										
ML3306355	13/09/2022	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	300,00	300,00	0,00	255,00	
ML3306355	13/09/2022	PHARMACIE NON REMB	1	1.00	forf	595,50	595,50	0,00	0,00	OBSERVATION// PHARMACIE NR
ML3306355	13/09/2022	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	1 030,00	1030,00	0,00	875,50	
ML3306355	13/09/2022	ECHOGRAPHIE ABDOMINALE	1	1.00	85.00 %	400,00	320,00	0,00	272,00	
Total remboursé pour : SAFIA						2 325,50			1 402,50	

**Décompte : 1497873 Date de Paiement : 17/10/2022 Prestation : 1 402,50 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



**د. إكرام الحلولي**  
مراض الجهاز الهضمي والكبد

Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins  
Hémorroïde fistule fissure

التهاب الكبد، المعدة، المرارة، الأمعاء  
من المخ  
كشف

Endoscopie Digestive, Echo

LOT 21015  
PER 10/23  
V 144DH50

LOT 22002  
PER 01/24  
PPV 144DH50

LOT 22002  
PER 01/24  
PPV 144DH50

LOT 21015  
PER 10/23  
PPV 144DH50

Casablanca, le ...13/09/2022

Mme ABALI SAÏA

PPV 38DH50

ESAC 20 MG



1 Comprimé le mati

ant le repas pendant 3 mois

NEUTRAL SUSPENSION

3 FLACON DE 250ML

1 Cuillère à soupe le matin, 1 Cuillère à soupe le mi  
après le repas pendant 1 semaine

COOPER PHARMA  
PPC : 49,00 DH

DR ROUGIER GAZ

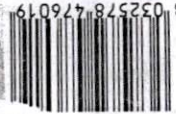
2 Capsules le matin, 2 Capsules le midi après le rep

COOPER PHARMA  
PPC : 49,00 DH

ADDAX B5 CREME CICATRISANTE

1 Application le midi, 1 Application

ANSIOVIT CP



PPC : 99,00 DH

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir après le repas pendant 1 mois

PPC : 99,00 DH

PHARMACIE MEHDI BEN BARKA  
Av. Mehdi Ben Barka  
Rue Abdellah El Hadadui N° 3  
Tél: 0522 93 15 99 - Casablanca

☎ : 05 22 27 88 61 - 05 22 47 16 80

: 7, Rue Bendahan - Bd Mohamed V - Casablanca

7, زنفة بن محان - شارع محمد الخامس - الدار البيضاء

📞 : Ikramhallouly - ✉ : hallouluk@gmail.com



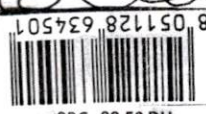


ESAC® 20 mg

4 D<sub>3</sub> Nour

89,50

10 Croûtes



PPC: 89,50 DH

2 Vigam Vg Cp

105,00 x 2

1 Cp x 3/1

3 mois

(S.V)

PHARMACIE MEHDI BEN BARKA  
Rue Abdelhak El Hadaoui N° 3  
20610 95 15 99 - Casablanca

1 mois

1625,50

pour IKRAM HALLOUJ  
0522 95 15 99  
0522 95 15 99  
0522 95 15 99



21693 09/24  
105,00

PHARMACIE MEHDI BEN BARKA  
Av. M. Ben Barka  
Rue Abdelhak El Hadaoui N° 3  
Tél: 0522 95 15 99 - Casablanca



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 - Nutrition

إلتهاب الكبد الفيروسي , المعدة , المرارة , الأمعاء  
أمراض المخرج وجراحة البواسير  
الكشف بالنضارو الصدى  
التغذية العامة

Casablanca, le 13/09/2022

**ECHOGRAPHIE ABDOMINALE DE Mme ABALI SAFIA**

- \* Les différentes coupes réalisées montrent :
- \* Foie d'échostructure homogène et de volume normal.
- \* La vésicule biliaire est échotransparente, 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 et intestinale.
- \* Paroi gastrique épaissie.
- \* Pas d'épanchement péritonéal.
- \* Pas d'adénopathies profondes.
- \* A compléter par Bilan biologique.

DR. HALLOULY

☎ : 05 22 27 88 61 - 05 22 47 16 80

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

📧 : ikramhallouly - 📧 : halloul@gmail.com



DOCTEUR IKRAM HALLOULY

SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGIE



دكتورة إكرام الحلولي

صاحبة أمراض الجهاز الهضمي والكبد

Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins

Hémorroïde fistule fissure

Endoscopie Digestive, Echo-endoscopie

Echographie Abdominale - Nutrition

اب الكبد الفيروسي ، المعدة ، المرارة ، الأمعاء

أمراض المخرج وجراحة البواسير

الكشف بالمنظار والصدى

التغذية العامة

Casablanca, le 13/09/22

DE M<sup>me</sup>

NOTE D'HONORAIRES

ASOLIA

Echographie abdominale : K30

400,00 DH

Avec mes meilleures salutations.

DR. HALLOULY

☎ : 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 - 📧 : hallouluk@gmail.com



## ORDONNANCE

Le : 13/09/2022

M. A. B. M. SAFIA

Roscoe & Trautsch on log Cos.

cytolysse et cholestase

à revenir après 2 mois.

⇒ BOT - CPT<sup>20</sup>  
⇒ BOT - CA125

807 - CA125