

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

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 WACID Khalaf Des Sékkav Bourjouza

Tél. : 0605716884 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DARDARY Sofia 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 Le : 30 JAN. 2023

Signature de l'adhérent(e) :



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 À 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

Bénéfici

Frais expos

(Réservée à la CMIM)

D:

T:



\* M L 3 3 0 6 3 5 5 \*

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

Nom et Prénom : ABALI h.c. JARNARY Sefia  
MATRICULE ASSURE : 21065678  
N° CIN : 1A210944

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

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

MATRICULE BENEFICIAIRE : 11111111

Date de naissance : 11/11/11

Montant des frais (DHS) : ..... Nombre de pièces jointes : 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 : Abdullah

Nature de la maladie ( ): *Alzheimer* *Dysthymie*

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	Dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Médecin traitant *** Nature d'acte à préciser	13 Sept 2022	Docteur G. 300 1 rue 0521 INPE: 09123			39 061265900
Radiographie *** Demande d'accord préalable à fournir si radiologie lourde (Scanner, IRM, plus de 3 radios,...)		DR K 400 Chop. CRM Abdominal Docteur G. 1500 1 rue 05221 INPE: 091265900			
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					

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

#### FRAIS PHARMACEUTIQUE

SEARCHED INDEXED SERIALIZED FILED  
INPE 092 042 092

Date ( <sup>1</sup> ) début Traitement	Date ( <sup>2</sup> ) fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire BARKA	Dépense
13/09/22	13/09/22	153.			
		Av. Michel Béji Barka , ESAC 126 Abdellatif Nabil SP (S)	06	144,50	867,00
		Dr. Romdhane (S) LAZ	01	38,50	38,50
		AD/AD CR Cimetières	02	3,00	98,00
		Ansiaut. cp.	22	39,00	198,00
		Dr. normalis (S)	01	89,50	89,50
		V1 gram/fergy	01	105,00	105,00
		TOTAL	14		1520,50

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

OPTIQUE 0

Code INPE: 111111111

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(e)<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 pour le remboursement des verres avant délai.



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



DARDARY EP.ABALI SAFIA ATTIJARIWAF BANK "RET"  
 127 RUE ABOU WAQT RESD SEKKAT APPT 3  
 2EM 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 assurée	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



Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins  
Hémorroïde fistule fissure

Endoscopie Digestive, Echo-endoscopie

LOT	PER	PPV	LOT	PER	PPV
21015	01/24	144DH50	22002	01/24	144DH50
10/23			2100	10/24	144DH50
44DH50			01/24		144DH50
144DH50			144DH50		

ة إكرام الحلولي

طراح الجهاز الهضمي والكبد

القريوسي ، المعدة ، المثارة ، الأمعاء

من المخ

لكشف

الحال

Casablanca, le ...13/09/2022

Mme ABALI SAFIA

PPV 38DH50

ESAC 20 MG

1 Comprimé le matin

38,5

NEUTRAL SUSPENSION

Neutral®  
Suspension buvable 250 ml

6 118000 031710

5 FLACON DE 250ML

COOPER PHARMA

PPC: 49,00 DH

PPC: 49,00 DH

COOPER PHARMA

PPC: 49,00 DH

1 Cuillère à soupe le matin, 1 Cuillère à soupe le midi

après le repas pendant 1 semaine

49,00 x 2 = 98,00

DR ROUGIER GAZ

2 Capsules le matin, 2 Capsules le midi avant le repas

124,5

ADDAX B5 CREME CICATRISANTE

1 Application le midi, 1 Application

99,00 x 2 = 198,00

ANSIOVIT CP

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

8 032578 476019

PPC: 99,00 DH

PPC: 99,00 DH

PHARMACIE MEHDI BEN BARKA

Ay,Mehdi Ben Barka ,

Rue Abdellah El Hadoui N° 3

Tél: 0522 95 15 99 - Casablanca

6 : 05 22 27 88 61 - 05 22 47 16 80

: 7, Rue Bendahan - Bd Mohamed V - Casablanca

✉ : Ikramhallouly - ✉ : halloulik@gmail.com

Contrairement à ce qu'indique la législation, vous devez informer votre médecin des autres particularités chez les patients présentant des pathologies sévères, psychomotrices, sensorielles ou d'autre nature.

**ESAC® 20 mg**  
l'intégralité de cette notice  
vous pourrez avoir beso-  
in d'aidez-vous à vous-  
même. Veuillez-vous à vos-  
mêmes et à vos proches.  
L'ESAC® 20 mg est un médicament  
qui peut aider à prévenir les crises.  
Il ne doit pas être pris sans conseil  
d'un professionnel de la santé.  
Si vous avez des questions, veuillez  
contacter votre pharmacien ou votre  
médecin.

14 D<sub>3</sub> Norm

*10 Cents*  
8 051128 634501  
29,50

8 051128 634501

PPC : 89,50 DH

2/ Vigan Ige Cp  
105,05 x 2  
1 cp x .31;

1625150

Ames

3 mos.



Fabriqué par MC PHARMA  
Manufactured by MC PHARMA



52 411250 43004

21693  
105.00  
09/24

PHARMACIE MHDJI BEN BARKA  
Av. M. Ben Barka,  
Rue Abdellatif Haddouli N° 3.  
Tél: 0522 95 18 99 - Casablanca

卷之三

DOCTEUR IKRAM HALLOULY

SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGIE



الدكتورة إكرام الحلولي

إختصاصية أمراض الجهاز المغذى والكبد

Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins

Hémorroïde Fistule Fissure

Endoscopie Digestive, Echo-endoscopie

Echographie Abdominale - Nutrition

التهاب الكبد الفيروسي، المعدة، المرارة، الأمعاء

أمراض المخ وجراحة البواسر

الكشف بالمنظار والصدى

التغدية 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.

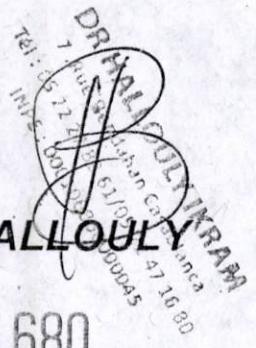
\* Distension colique et intestinale.

\* Paroi gastrique épaisse.

\* Pas d'épanchement péritonéal.

\* Pas d'adénopathies profondes.

\* A compléter par Bilan biologique.



: 05 22 27 88 61 - 05 22 47 16 80

زنقة بن دحان - شارع محمد الخامس، الدار البيضاء - 7



: ikramhallouly



: haloulak@gmail.com

# DOCTEUR IKRAM HALLOULY

SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGIE



دكتورة إكرام الحلولي

صافية أمراض الجهاز الهضمي والكبد

اب الکبد الفیروسی ، المعدة ، المرارة ، الأمعاء  
أمراض المخرج وجراحة البواسير  
الكشف بالمنظار والصدى  
التغذية العامة

Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins  
Hémorroïde fistule fissure  
Endoscopie Digestive, Echo-endoscopie  
Echographie Abdominale - Nutrition

Casablanca, le

13/05/22

DR HALLOULY IKRAMA  
NOTE D'HONORAIRES  
DE M.  
AL HALLULY IKRAMA  
Casablanca  
Tél: 05 22 27 88 61 - 05 22 47 16 80  
Fax: 00212 5860000435  
Echographie abdominale : K300 ..... 400,00 DH

Avec mes meilleures salutations.

DR. HALLOULY IKRAMA  
Tél: 05 22 27 88 61 - 05 22 47 16 80  
Fax: 00212 5860000435  
E-mail: halloulik@gmail.com

Call: 05 22 27 88 61 - 05 22 47 16 80

زنقة بن دحان - شارع محمد الخامس، الدار البيضاء

✉ : 7, Rue Bendahan - Bd Mohamed V - Casablanca      ☎ : Ikramhallouly - Email : halloulik@gmail.com

# ORDONNANCE

Docteur M. HALLOUL  
CIN: 3221361/0522411680  
P.E: 0912855900  
C.S: 3221361/0522411680  
M. HALLOUL

Le : 13/09/2022

Mme A. Sali SAFIA

- Rosasee s/s Traitée au log cos.
- cystolyse et cholestase
- à renouveler aps 2 mois.

⇒ - GOT - GPT

= 8 OT - CA125

