

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 rééducation.
- 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 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

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1161	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre : ESSAOUIRI MOHAMED	
Nom & Prénom : ESSAOUIRI MOHAMED			
Date de naissance : 30/10/1950			
Adresse : Immeuble 1182 Apt 11 Wifak TIZNAO - 10000			
Tél. : 0661134122 Total des frais engagés : 134,80 DHS			
Cadre réservé au Médecin			
Caractère du médecin : DR ABALLA ABDELMALIK			
Date de consultation : 28/3/13			
Nom et prénom du malade : BOUALILA FAYOZ			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : SL Scoliose			
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 : **RAM** Le : **28/3/13**

Signature de l'adhérent(e) : **ABALLA**

RELEVE 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
11/02/2020	g1	150DH	INP : 10 1000 263	DR. ABALI ABDELMALIK Médecin Générale Diplômé - Médecine du travail

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE SEMLALI 47, Kasbet Gnaoua tel: 065.42.10.55 - Salé	12/02/2020	184,80 DHS-

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																						
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)	Nature des Soins (List of treatments: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)	Coefficient (List of coefficients: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)	INP : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 																		
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H -</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D -</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>					H -		25533412	21433552	00000000	00000000	D -		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
				H -																		
				25533412	21433552																	
				00000000	00000000																	
D -																						
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
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"/>																						

Dr. ABALI ABDELMAJID



الدكتور أبالي عبد المجيد

Diplômé d'Échographie du CHU
Ibn Sina Rabat

Diplômé de Diabétologie
Diplômé de Diététique et Nutrition
de l'Université de Montpellier (France)

Diplômé interuniversitaire
d'Ophtalmologie Générale (France)

Spécialiste en Médecine de Travail
Diplômé de Médecine de travail de la Faculté
de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Ex. Médecin des Hôpitaux de
Mohammadia et Essaouira

شهادة الدراسات المتخصصة في الكشف عن الأمراض الباطنية
بجهاز الإيكوغرافي من المركز الصعي ابن سينا، الرباط

خريج جامعة مونبولي (فرنسا)

دبلوم التخصص في أمراض السكري

دبلوم التخصص في الحمية - السمنة والتغذية

دبلوم بين الجامعات الفرنسية
لأمراض العيون (فرنسا)

اختصاصي في طب الشغل

دبلوم التخصص في طب الشغل

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفيات المحمدية والصويرة

Témara, le

11/2/2020

تمارة، في

سونابلة فادما

28.80

1) V. + t + enil +

111.00

y + 3g. +

49.40

3) coll + m + g

28.60

PHARMACIE SEMLAZ
47, Kader Ghaoua
Tél.: 065 42 70 35 - Salé

184.80

Y + 3g. + m

Dr. ABALI ABDELMAJID
Médecine Générale - Nutrition
Diabétologie - Diététique - Médecine du travail
Échographie - Médecine - Témara
Tél: 05 37 64 03 53

Doliprane® 1000 mg

14.0°
PPV: 14DH00
PER: 09/22
LOT: I2018