

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ntaire :

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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0008544

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **4528** Société : **RAM**
 Actif Pensionné(e) Autre : **Retraité**
Nom & Prénom : **ALAMI RAHMOUNI Abdellah** Date de naissance : **20.03.1958**
Adresse : **10, Rés Soltane, rue Stéphane Mallarue FTG1 APT3 Vol Fleuri**
Tél. : **06.61.32.86.24** Total des frais engagés : **445** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur A. BENKIRAN

23 JUIL 2019

Date de consultation : **13.06.2019**

Nom et prénom du malade : **ALAMI RAHMOUNI Abdellah** Age : **61 ans**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Affection oculaire**

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 : **13.06.2019**

Le : **13.06.2019**

Signature de l'adhérent(e) :

M. Alami

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
130619	CD		300	DR. BERNARD D'ALMO CLINIC ASABLA 13 RUE DES PAPILLONS 0617257171 (06)
				Docteur D'ALMO CLINIC ASABLA 13 RUE DES PAPILLONS 0617257171 (06)

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 A	13/06/19	145,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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



Casablanca le :

1306/19

BON DE REGLEMENT

Reçu de M... Alami Abdellah

La somme de : TROIS Cent Dirhams
300,00 DHS

Pour : CONSULTATION

Cachet et signature

DR A. BENKIRAN
Ophthalmologist

CHALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA

13 Rue des Papillons, Casablanca
Oasis, Tel: 0522 25 71 71 (SG) 15 0522 25 11 15

Urgence 24/24

Urgence 24/24



Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



50818

Casablanca le : 13 juin 2019

ALAMI Abdelali



Une fois ouvert, jeter toute la solution inutilisée après un mois.

STERILE A

PPC 52,00 DH

52,00

I-DEW DS

1 goutte 6 fois par jour, les deux yeux, 1



61,8

GEL-LARMES



1 application le soir, les deux yeux, 1 Mois



26,40 x 2

TOBREX COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, les deux yeux, 1 Mois

145,8



Pharmacie VITA - SARLAÏU 0522.25.71.71
TÉL: 05.22.98.43.63
FAX: 05.22.98.44.45
E-mail: pharmavita@gmail.com
463, Bd Brahim Boudjedra
Casablanca - Maroc

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
Tél: 05.22.25.71.71 (S.L.G) / Fax: 05.22.25.11.15
13, Rue des Papillons Oasis - Casablanca

Docteur
A. BENKIRAN
Ophtalmologiste



Urgence 24/24