

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.

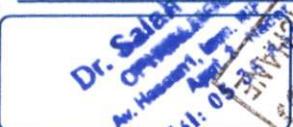
Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-780041

Couleur

| | | | |
|---|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 1537 | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : HOUBAN MOHAMED | | | |
| Date de naissance : 16.06.50 | | | |
| Adresse : BD. TAHA HOUSSAIN, RUE 61 N°3 NADOR | | | |
| Tél. : 0661089117 | Total des frais engagés : # 800,00 Dhs | | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin :  | | | |
| Date de consultation : | 28/08/23 | | |
| Nom et prénom du malade : HOUBAN MOHAMED | | | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | |
| Nature de la maladie : O. C.T. A. | | | |
| 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 : NADOR Le : 28/08/23

Signature de l'adhérent(e) : 

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes |
| 2005-05-30 2005-06-01 | 27 | | 80000 | DIP : 1157026 SANT'ARANNE 2005-06-01 001010 |
| 2005-06-01 | 0 | A. | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | | | G | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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"/> | | | | | | | | | | | | | |

الدكتور صلاح أرناو

Dr. SALAH ARANNAU

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Membre de l'Americain Academy of Ophtalmology

Membre de la société Européenne d'Ophtalmologie



Chirurgie Refractive
Correction ou Laser Leximer
Myopie , Hypermétropie
Astigmatisme



مركز الدكتور صلاح أرناو لطب وجراحة العيون

Chirurgie Refractive

OCT Angiographie

Laser SLT

Laser Yag-Argon

Laser diode

Topographie cornéenne

Angiographie numérisée

Champ visuel automatisé

Pachymétrie

Rétinographie non Mydriatique

Echographies A et B

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض و جراحة العيون

عضو الجمعية الأوروبية لأمراض و جراحة العيون

28.08.2023

زورو موقعتنا على الانترنت

www.nadorlaser.com

Visitez notre site internet

Og : cicatrice maculaire

OD : récession maculaire
avec saignement .

Houcine Mohamed

OCT Angiographie

شارع الحسن الأول عماره الريف 127 الطبق الأول رقم 2 - الناظور

Av.Hassan I, Residence RIF Imm. 127 Etage 1, Appt 2 - Nador

Email : drarannau@gmail.com

Fax: (+212)0536 330 330 - Tél:(+212)0536 601 010

Dr. Salah ARANNAU
Ophtalmologiste
Appt. 2 - RIF Imm. 127 Etage 1
Tel.: 05 36 601 010

الدكتور صلاح أرناو

Dr. SALAH ARANNAU

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Membre de l'Americain Academy of Ophtalmology

Membre de la société Européenne d'Ophtalmologie



Chirurgie Refractive
Correction ou Laser Leximer
Myopie, Hypermétropie
Astigmatisme



081157026

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض و جراحة العيون

عضو الجمعية الأوروبية لأمراض و جراحة العيون

مركز الدكتور صلاح أرناو لطب وجراحة العيون

Chirurgie Refractive

OCT Angiographie

Laser SLT

Laser Yag-Argon

Laser diode

Topographie cornéenne

Angiographie numérisée

Champ visuel automatisé

Pachymétrie

Rétinographie non Mydriatique

Echographies A et B

Nador, le lundi 28 août 2023
HOUBAN Mohamed

FACTURE

- REÇU DE PAIEMENT POUR :
Dr. Salah ARANNAU
Av. Hassan I, Résid. RIF Imm. 127 Etage 1
Appt. 2 - Nador
(+212) 0536 601 010

O C T A. (Signature)

- SOMME :

800.00 Dh (HUIT CENTS Dirhams)

شارع الحسن الأول عمارة الريف 127 الطابق الأول رقم 2 - الناظور
Av.Hassan I, Residence RIF Imm. 127 Etage 1, Appt 2 - Nador
Email : drarannau@gmail.com
Fax: (+212)0536 330 330 - Tél:(+212)0536 601 010



نادر موقعاً على الانترنت

Visitez notre site internet www.nadorlaser.com