

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

- 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

DECLARATION DE MIDLIAH

N° W21-774307

courrier



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

1537

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

HOURBAN MOHAMED

Date de naissance :

16.06.50

Adresse :

BD. TAHA HOUSSAIN, RUE 61 N°3

NADOR

0661089117

Télé. :

72565,00

Dhs

Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

21 Dr Salah ARANNAI
OPHTHALMOLOGISTE
Av Hassan 1 Imm. Rif 1er Etage 1
Nador Tél. 0536 60.10.18

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 brouillon 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

M 27 DEC 2023 AIR
HOURBAN MOHAMED 73 Ans
MUPRAS

Le : 27/12/2023

HOURBAN MOHAMED 73 Ans
MUPRAS

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
27/12/2017 28/12/2017 29/12/2017	visite de suivi	1	25000	INP : 081157026 Signature : Dr. ARAIANA LMOLODISTE num ref 1 Fisca 1 num 0556 69.10.10

Cachet du Pharmacien
ou du Fourmeleur

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	P. J. Tahar Mokhtar N° 65 HADJAR Abdelkader El Fakir N° 33 Téléphone : 05 36 60 55 44
<i>Pharmacie Babel</i> Ad. Taha Hacian, N°65 NPE: 082013558 - Tel: 05 36 60 55 44	<i>21.12.23</i>	<i>6500</i>

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 l'ODF.

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat
 Membre de la société Français de L'ophtalmologie
 Membre de l'American academy of Ophthalmology
 Membre de la société Européenne d'ophtalmologie



081157026

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

21/12/2023

Mr / Mme :

Dr Salah ARANNAU
 OPHTHALMOLOGISTE
 Av.hassan 1 Imm. Rif 1er Etage 1
 App.22 Nador / Tél. 0536 60.10.10

COMPTE-RENDU INJECTION D'ANTI-VEGF/OD

-Anesthésie topique à la Xylocaïne 2% +
 Désinfection à la Bétadine

-Mise en place de champ stérile+ blépharostat

-Injection intra-vitréen de 0.1ml d'anti-VEGF
 (Avastin 1mg)

-Traitement local.

Centre Dr Salah ARANNAU d'ophtalmologue

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

Email: drarannau@gmail.com

Tel: 05 36 60 10 10

Fax: 05 36 33 03 30

شارع الحسن الأول عمارة الريف 127 الطابق الأول رقم 2 - الناظور

Av.hassan 1, Residence Rif, Imm. 127 Etage 1, Appt 2 - Nador



Diplomé de la faculté de médecine de Rabat
Membre de la société Français de L'ophtalmologie
Membre de l'American academy of Ophthalmology
Membre de la société Européenne d'ophtalmologie



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



081157026

Nador, le jeudi 21 décembre 2023

Dr. Salah ARANNAU
OPHTHALMOLOGISTE
Av.hassan 1, Nador / Tel. 0536 60.10.10
Rif 1er Etage / Appt 2 - Nador / Tel. 0536 60.10.10

FACTURE

- RECU DE PAIEMENT POUR :

INJECTION D ANTI VEGF DE L OD

- SOMME :

2500.00Dh (DEUX MILLES CINQ CENTS Dirhams)

Centre Dr Salah ARANNAU d'ophtalmologue 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

Email: drarannau@gmail.com

Tel: 05 36 60 10 10

Fax: 05 36 33 03 30

شارع الحسن الأول عمارة الريف 127 الطابق الأول رقم 2 - الناظور

Av.hassan 1, Residence Rif, Imm. 127 Etage 1, Appt 2 - Nador



Diplômé de la faculté de médecine de Rabat
 Membre de la société Français de L'ophtalmologie
 Membre de l'American academy of Ophthalmology
 Membre de la société Européenne d'ophtalmologie



خريج كلية الطب و الصيدلة بباربادوس
 عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون
 عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض و جراحة العيون
 عضو الجمعية الأوروبية لأمراض و جراحة العيون



081157026



Nador, le jeudi 21 décembre 2023

Dr. Salah ARANNAU
OPHTHALMOLOGISTE
 Av Hassan 1 Imm. Rif 1er étage 1
 Appt 2 - Nador / Tél. 0536 602010

Mohamed

- VIGAMOX Collyre

1 goutte, 4 fois par jour, pendant 10 jours

6500

~~Pharmacie Babel~~
 Bd. Tahar Hached N° 65 - NADOR
 INPI: 082013558 Tel: 03.36.65.55.44

Dr. Salah ARANNAU
OPHTHALMOLOGISTE
 Av Hassan 1 Imm. Rif 1er étage 1
 Appt 2 - Nador / Tél. 0536 602010

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

Email: drarannau@gmail.com

Tel: 05 36 60 10 10

Fax: 05 36 33 03 30

شارع الحسن الأول عمارة الريف 127 الطابق الأول رقم 2 - الناظور

Av.hassan 1, Residence Rif, Imm. 127 Etage 1, Appt 2 - Nador

