

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 canaux, 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 canaux.

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-780019

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1537 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HOUBAN MOHAMED

Date de naissance : 16.06.10

Adresse : BD. TAHA HOUSSEIN, RUE 61 N°3

Tél. : 0661 089 117 Total des frais engagés : # 1200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09-01-2023

Nom et prénom du malade : AMROUSSE YAMNA BANS Age :

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 : NADOR Le : 09 / 01 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2013

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

RELEVÉ 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
09/04/2011	AN	1	12000	INF : 081157026

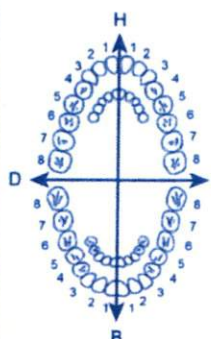
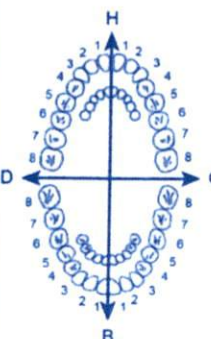
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées.	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور صلاح أرناؤ

Dr. SALAH ARANNAU

OPHTALMOLOGISTE

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'American 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 أرناؤ
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 9 janvier 2023
AMROUSSI Yamna

FACTURE

- RECU DE PAIEMENT POUR :

Angiographie Grand-Champ + OCT 3D

- SOMME :

1200.00 Dh (MILLE DEUX 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

Dr. SALAH ARANNAU
OPHTALMOLOGISTE
Nador
Tél: 0536 601 010

الدكتور صلاح أرناؤ

Dr. SALAH ARANNAU

OPHTALMOLOGISTE

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'American 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

0901.23

مركز الدكتور صلاح أرناؤ
طب 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

Me Amrouch Yanna
CIA Angiographie OCT

OD: Membrane epimaculaire, néovaisseaux
enférophérie rétinienne et cataracts.
OG: Membrane fine avec chloïdes
et cataracts et HIV

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