

# 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.

N° W21-780019

Pror  
MUPRAS  
14/06/23

<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	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HOUBAN MOHAMED
Nom & Prénom : HOUBAN MOHAMED			
Date de naissance : 16.06.50			
Adresse : BD TAHIA HOUSSEN, RUE 61 N°3 NADOR			
Tél. : 0661 089 117	Total des frais engagés : # 12/00,00 Dhs		

Authorisation CNDP N° : AA 215/2013

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 09-01-2023			
Nom et prénom du malade : AMROUSSI YAMNA Age : 68ANS			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <i>(Signature)</i>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>(Signature)</i>			
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) :

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

# 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 Ophthalmology

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 الأروبية 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

## FACTURE

- REÇU 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  
OPHTHALMOLOGISTE  
N° 081157026 Nador Etage 1  
Tél: 0536 601 010

زورو مو قينا على الانترنت

Visitez notre site internet [www.nadrlaser.com](http://www.nadrlaser.com)

# 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



Dr. SALAH ARANNAU  
OPHTHALMOLOGISTE  
Av. Hassan 1, Appart. 127, Nador  
Tél: (+212) 053 5601 010

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 الأروبية لأمراض و جراحة العيون

09.01.23

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

Dr. Salah ARANNAU

Cla Angiographie + OCT

OD: Membrane épimaculaire néovasculaire  
en périphérie rétinienne et exudats.

OG: Membrane fine avec loges et exudats 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