

# 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

- Reclamation : 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° W21-780023

*Par  
courrier*  
ND  
150 105

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 :

16.06.50

Adresse :

BD. TAHA HOUSSIN, RUE 61 N°3, NADOR

Tél. :

0661089117

Total des frais engagés :

# 1160,20

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

31/01/2023

Nom et prénom du malade :

AMROUSSI YAMNA

Age : 68ANS

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Retinopathie diabétique

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.

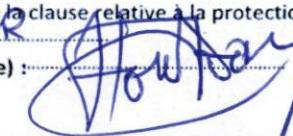
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

NADOR

Le : 31/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Matures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31/01/2016	01/02/2016	1	10000	INP : 10000 Dr. Salim Dr. Hassan Av. Hassan 1, 10000 Tél: 03 36 65 11

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Taha Hieb 2023-01-31	31.01.23	16020

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
D	25533412   21433552
	00000000   00000000

The diagram illustrates the human mandible (lower jawbone) with its teeth numbered 1 through 8. A coordinate system is overlaid on the bone, with the vertical axis pointing upwards, the horizontal axis pointing to the left, and the diagonal axis pointing downwards and to the right. The teeth are arranged in two rows: upper teeth (1-4) and lower teeth (5-8). The upper teeth are numbered 1 (central incisor), 2 (lateral incisor), 3 (canine), and 4 (first molar). The lower teeth are numbered 5 (second molar), 6 (first molar), 7 (lateral incisor), and 8 (central incisor). The diagram also shows the mental foramen (a small opening in the bone) located on the body of the mandible.

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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 الأوروبية لأمراض و جراحة العيون

مركز الدكتور صلاح أرناو  
لطب و جراحة 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 mardi 31 janvier 2023

AMROUSSI Yamna

3030

- ICOMB Collyre (Tobramyc.Dexametha)

1 goutte, 4 fois par jour, pendant 08 jours

\*

- OCULARM 0,15%

1 goutte, 3 fois par jour, + + +

12990

16020

Pharmacie Babel  
Bd. Taha Hicen, N°65 - NADOR  
Tél: 05.36.60.55.44  
M: 062213558

Dr. Salah ARANNAU  
OPHTHALMOLOGISTE  
Av. Hassan I, Imm. RIF 127 Etage 1  
Appt. 2 - Nador  
Tél: 05 36 60 1 010

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

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

Email : dra@annau@gmail.com

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



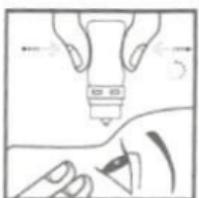
en le tirant vers le haut (2). Penchez votre tête vers le bas et tirez légèrement la paupière inférieure. Tenez le flacon à l'horizontale et dirigez le bouchon vers le bas, et administrez une goutte, 3 à 5 fois par jour, dans le sac palpébral au niveau de l'œil (3 + 4). Fermez lentement les yeux, afin que le liquide puisse se répartir uniformément sur la surface de l'œil. Evitez tout contact entre l'ouverture du compte-gouttes et l'œil ou les mains. Si une goutte devait restée accrochée à l'ouverture du compte-gouttes, elle doit être enlevée en tapotant légèrement sur le fond du flacon(5). Replacez le capuchon sur le flacon en pressant légèrement. Si les troubles devaient s'aggraver, ou en l'absence d'amélioration, consultez votre ophtalmologue!



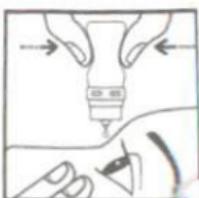
1



2



3



4



# 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



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

31/01/2023  
AMROUSSI Yamna

## FACTURE

- REÇU DE PAIEMENT POUR :

LASER ARGON K25 ODG

- SOMME :

1000.00 Dh ( MILLE DEUX 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

# 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 الأوروبية لأمراض و جراحة العيون

## مركز الدكتور صلاح أرناو لطب و جراحة 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

31/01/2023

AMROUSSI Yamna

## COMPTE-RENDU LASER ARGON

Motif de laser :

- Rétinopathie diabétique

900 Impacts / 0.1s / 150µW

En ODG après instillation d'anesthésique topique

Dr. SALAH ARANNAU  
OPHTHALMOLOGISTE  
Av.Hassan I, Residence RIF Imm. 127 Etage 1, Appt 2 - Nador  
Email : drafannau@gmail.com  
Fax: (+212)0536 330 330 - Tél:(+212)0536 601 010

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

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

Email : drafannau@gmail.com

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