

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-780027



156 871 courrier

<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 :	HOUPLAN MOHAMED
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661089117	Total des frais engagés :	# 1030,30 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 30/03/23			
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 : La myopie droite			
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 : 30/03/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Soins	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20.03.23	Actes	1000	1000	INP : 081157006 Tel: 05 34 66 19 10 N° de l'Ordre Dentaire : 1234567890 Signature : Dr. Jean-Pierre BOURGEOIS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Bourgeois ad. : Dr. Jean-Pierre BOURGEOIS - INP : 081157006 - N° de l'Ordre Dentaire : 1234567890	30.03.23	3030

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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 :
				INP : [REDACTED]
				Coefficient des travaux [REDACTED]
				Montants des soins [REDACTED]
				Début d'exécution [REDACTED]
				Fin d'exécution [REDACTED]
				Coefficient des travaux [REDACTED]
				Montants des soins [REDACTED]
				Date du devis [REDACTED]
				Date de l'exécution [REDACTED]

DENTES DENTAIRES

ODF PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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



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 jeudi 30 mars 2023

AMROUSSI Yamna

أيكومب
Icomb®

Lot: Z 00149
Fab: 03 22
Exp: 03 24
PPV: 30 DH 30

- ICOMB Collyre (Tobramyc.Dexametha)

1 goutte, 4 fois par jour, pendant 08 jours

3030
Pharmacie Babel
Bd. Taha Hcien, N°65 - NADOR
INPE: 082013558 - Tel: 05.36.60.55.44
Dr. Salah ARANNAU
OPHTHALMOLOGISTE
Av. Hassan 1, Imm. RIF 127 Etage 1
Appt 2 - Nador
Tel: 05 36 601 010

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

Av.Hassan 1, 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 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 و جراحة العيون

Nador, le jeudi 30 mars 2023
AMROUSSI Yamna

Chirurgie Refractive

OCT Angiographie

Laser SLT

Laser Yag-Argon

Laser diode

Topographie cornéenne

- REÇU DE PAIEMENT POUR :

LASER ARGON DE L ODG

- SOMME :

1000.00Dh (mille Dirhams)

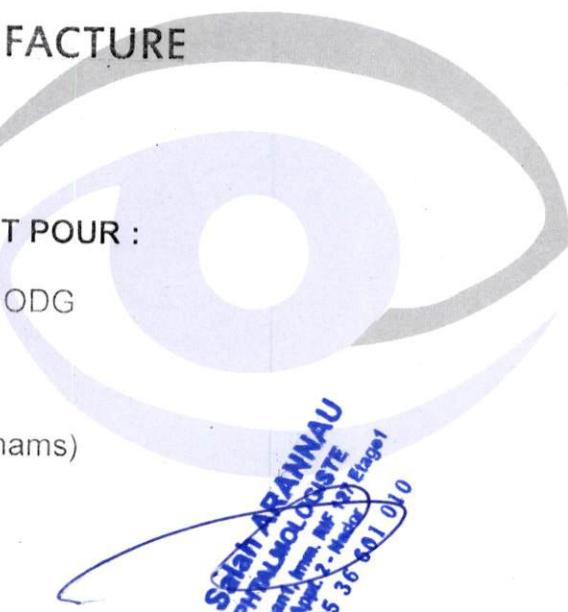
Angiographie numérisée

Champ visuel automatisé

Pachymétrie

Rétinographie non Mydriatique

Echographies A et B



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 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

30/03/2023

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
Tél: 05 36 601 010

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

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

Email : drarannau@gmail.com

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