

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-780027

156 871 Courriel

☒ 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 : B.D. TAHA HOUSSEIN, RUE 61 N°3, NADOR

Tél. : 0661089117 Total des frais engagés : #1030,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/03/23

Nom et prénom du malade :

AMROUSSI YAMNA

Age : 68 ANS

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

La main 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) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médic ou attestant le Paiement des Actes
30/03/23	an	1000		INP : 081151006

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

30.03.23

3030

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP : 081151006

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور صلاح أرناو

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 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 وجراحة العيون

Nador, le jeudi 30 mars 2023
AMROUSSI Yamna



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

- ICOMB Collyre (Tobramyc.Dexametha)
1 goutte, 4 fois par jour, pendant 08 jours

3030
Pharmacie Babel
Bd. Taha Hciem. N°65 - NADOR
INPE: 082013558 - Tél: 05.36.60.55.44

Dr. Salah ARANNAU
OPHTALMOLOGISTE
Av. Hassan I, Résidence 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

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 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 أرناؤ
لطب وجراحة العيون

Nador, le jeudi 30 mars 2023
AMROUSSI Yamna

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

- RECU DE PAIEMENT POUR :

LASER ARGON DE L ODG

- SOMME :

1000.00Dh (mille Dirhams)

Dr. Salah ARANNAU
OPHTALMOLOGISTE
Av. Hassan I, Imm. RIF 127 Etage 1
Nador - Maroc
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

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 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 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

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
OPHTALMOLOGISTE
Av. Hassan I, Résidence RIF Imm. 127 Etage 1
App. 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