

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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

156577

Maladie

Dentaire

Optique

Coeur/
 Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2AU1 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABEROUCH AISSA

Date de naissance : 04/11/1951

Adresse : Imm. EL Menzeh n°313 - Av des FAR + AGADIR

Tél. : 0707.04.05.1 Total des frais engagés : 1131.91 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ilham OULHOUS
Dermato - Vénérologue
N° 3, Av.Hassan II, Imm. Hassania
Tél: 05 28 84 64 84

Date de consultation : 01/09/2023

Nom et prénom du malade : ADEL KEDDAD Nadjma

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dermato

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

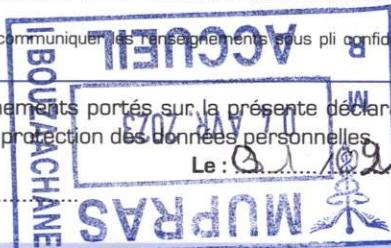
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Agadir Le : 01/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0042180

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 01/09/2023 CS | | | 300,00 |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Société BILA PHARMA SARL MAGASIN DE MARCHÉ AL DES FARAG AGADIR TELE: 05 28 82 43 32 | 11/21/2023 | 831,95 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | C |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates the 12th edition of the International System of Units (SI) base units and their definitions. It features a central vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom, representing the Planck constant. A horizontal axis labeled 'D' on the left and 'C' on the right represents the speed of light. The units are arranged in a circular pattern around these axes:

- Length:** Metre (m), represented by a horizontal line segment between two points.
- Time:** Second (s), represented by a circle with a diagonal line.
- Mass:** Kilogram (kg), represented by a circle with a vertical line.
- Electric current:** Ampere (A), represented by a circle with a horizontal line.
- Temperature:** Kelvin (K), represented by a circle with a diagonal line.
- Luminous intensity:** Candela (cd), represented by a circle with a vertical line.
- Amount of substance:** Mole (mol), represented by a circle with a horizontal line.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ilham OULHOUS

Dermatologue - Vénéréologue

Spécialiste des maladies et chirurgie
de la peau , de l'ongle et du cuir chevelu
maladies sexuellement transmissibles
cosmétologie médicale , complément
laser épilatoire et vasculaire
Greffé de cheveux

الدكتورة إلهام الحوس

إختصاصية في الأمراض

الجلدية و التنايسية

جراحة وحساسية الجلد

طب التجميل و الليزر

زراعة الشعر

ORDONNANCE

Agadir, le

01 FEV 2023

2

ALKEDDA D NAJNA

225,85



1) Xerodysso m

10φx21 - ml flacon - surface
les - souscerv.

555,00



LOT: 266/PER/12/2025
PPC: 55.10 DHS

2) TRANACIT m

10φx21 - 6 flas
55,70 ml flacon - flacon - les.

TEL: 05 28 82 43 32

AGADIR

AN 733112AIIHMA SATI
AN 733112AIIHMA SATI

3) PROPOLIS spray

10φx21 - dans la - clse
833,95 6 flas.



www.dermatologue-agadir.com



Dermatologue-Agadir



Dermatologue_Agadir

Av hassan II , Imm Hassania , N °3 1^{er} étage (en face du siège de la Banque Populaire)

Tél : 05 28 84 64 84 E-mail : oulhousi@hotmail.com

~~S~~
Dr. Ilyam OULHOUS
Dermato - Vénérologue
N° 3 , Av.Hassan II, Imm. Hassanii
Tél: 05 28 84 84 84

*Dr OULHOUS ILHAM
Dermatologue Vénéréologue
Spécialiste des maladies et chirurgie
de la peau, de l'ongle et du cuir chevelu,
Maladies sexuellement transmissibles,
Cosmétologie médicale, comblement*

Agadir le 01/02/2023

FACTURE N 114/23

ICE N°001652668000001

Je soussignée, Dr OULHOUS ILHAM certifie que
Mme AL KEDDAD NAJMA a effectué une
consultation.

Les honoraires étant de 300.00 DH.

Signé
Dr. OULHOUS Ilham

Dr .Ilham OULHOUS
Dermato - Vénérologue
N° 3 ,Av.Hassan II,Imm. Hassania
Tél: 05 28 84 64 84

1960-1961

1961-1962

1962-1963

1963-1964

1964-1965

1965-1966

1966-1967

1967-1968

1968-1969

1969-1970

1970-1971

1971-1972

1972-1973

1973-1974

1974-1975

1975-1976

1976-1977

1977-1978

1978-1979

1979-1980

1980-1981

1981-1982

1982-1983

1983-1984

1984-1985

1985-1986

1986-1987

1987-1988

1988-1989

1989-1990

1990-1991

1991-1992

1992-1993

1993-1994

1994-1995

1995-1996

1996-1997

1997-1998

1998-1999

1999-2000

2000-2001

2001-2002

2002-2003

2003-2004

2004-2005

2005-2006

2006-2007

2007-2008

2008-2009

2009-2010

2010-2011

2011-2012

2012-2013

2013-2014

2014-2015

2015-2016

2016-2017