

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° W21-811939

84175

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13206 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HUMINE HAITAM

Date de naissance : 22.07.1996

Adresse : Lot Mirza Faki Akheri NR2

Tél. : 06 62 07 74 36

Total des frais engagés : 882.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

الدكتور بوعباد فؤاد
Dr. BOUAYAD Fouad ORL
Spécialiste Nez Gorge Oreilles
Chirurgie de la Face et du Cou
43, Rue Aboufaris Almarini - RABAT
Tél. 0537 739777 Mob. 0661 149549

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 JUL. 2023

Nom et prénom du malade : HUMINE HAITAM Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : otite

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 : Le : 25/07/23

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
25/11/23			100,00	INP : 101934560

الدكتور بوعباد فؤاد
Dr. BOUAYAD Fouad ORL
Spécialiste Nez Gorge Oreilles
Chirurgie de la Face et du Cou
Boufaris Almarini - RABAT
Tél. 0537 769777 Mob. 0661 14954

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/11/23	182,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

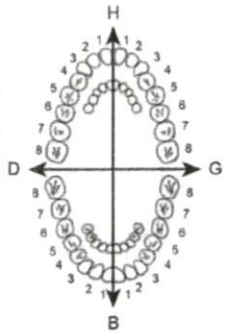
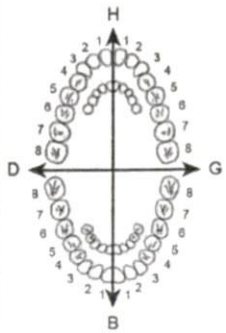
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BOUAYAD Fouad

Diplômé de la Faculté de Médecine de Grenoble
Ancien Attaché de Clinique ORL au CHU de Grenoble
Membre de la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET DE LA CHIRURGIE
DU NEZ, DE LA GORGE ET DES OREILLES
CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU

Explorations (PEA, EcoG) et Chirurgie de la Surdité
Vid oEndoscopie - Vertiges - RadioFréquences

43, Rue Aboufaris Almarini (près du Crédit Agricole)
RABAT - Tél. 0537769777 - Mob. 0661149549
E-mail : f.bouayad@gmail.com

الدكتور بوعياذ فؤاد

خريج كلية الطب ب رونوبل

اختصاصي في امراض وجراحة الانف
والحنك والاذنين
جراحة الوجه والحنك
تحليل بالكمبيوتر وجراحة الصمم

43، زنقة ابوفارس المريني، الرباط
(جانب بنك القرض الفلاحي)

Rabat le 25/07/2023 الرباط في

M. HOUMINE HAITAM

RISONEL (1 Flacon)

2 Pulvérisations dans chaque fosse nasale matin et soir.

SOUFRANE (2 Flacons)

3 Gouttes dans chaque fosse nasale à renifler 3 fois par jour.

SINGULAIR 10 mg (1 Boite)

1 Comprimé le soir.

COTIPRED 20 (1 Boite)

1 Comprimé effervescent le matin pendant 8 jours.

N  du Lot

22P018

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

PHARMACIE IKIL RYAD
Dr. Abdelkrim SEBBATA
Université Claude Bernard Lyon France
7, Rue Al Kharoub, Secteur 16 Ryad
10160 Rabat - Tél.: 0537 71 38 83

Dr. BOUAYAD Fouad ORL
Oto-Rhino-Laryngologiste
Chirurgie Cervico-Faciale
Expert assermenté près les tribunaux



Urgences : Tél. 0661149549

Clinique Nations Unies : 0537670505



QR Code Dr Bouayad

SINGULAIR® 10 mg, comprimé pelliculé

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

74773/310314-1

6 118001 160181

SINGULAIR® 10 mg.
Montelukast sodique.
Boîte de 28 comprimés pelliculés.
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 307,00 DH
AMM 206DMP/21/NCI

