

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-811939

184175



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13206

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

الدكتور بو عياد فؤاد

Dr. BOUAYAD Fouad ORL  
Spécialiste Nez Gorge Oreilles  
Chirurgie de la Face et du Cou  
43, Rue Aboufaris Almarini - RABAT  
Tél. 0537 769777 Mob. 0661 149549

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HOUMING Hachem Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/07/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
25/11/2013	Cré		1000,00	INP : 101034550 الدكتور بو عياد فؤاد Dr. BOUAYAD Fouad ORI Spécialiste MDT Gorge Oreilles

EXECUTION DES ORDONNANCES - Dr. Boufaris Almarini - RABAT

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tél. 0537 769777 Mob. 0661 1495 Montant de la Facture
          	25/01/23	482,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

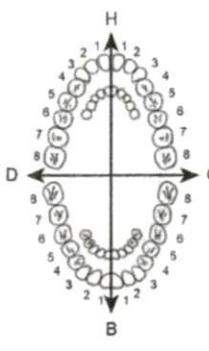
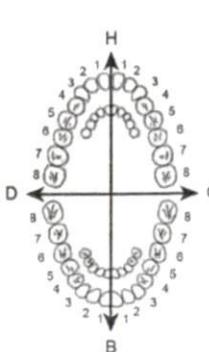
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>																
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

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

SPÉIALISTE 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 VidéoEndoscopie - Vertiges - RadioFréquences

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

الدكتور بوعياد فؤاد

خريج كلية الطب بـجامعة بحرين

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف  
والحلق والأذنيں  
جراحة الوجه والعنق  
تحليل بالكمبيوتر وجراحة الصمم

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

Rabat le 25/07/2023 في الرباط

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

22 P 0 18

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

PHARMACIE IKLIL RYAD  
Dr. Abdelkrim SEBBATA  
Université Claude Bernard Lyon France  
7, Rue Al Kharoub, Secteur 16 Ryad  
10100 Rabat - Tel.: 0537 71 38 88

Dr. BOUAYAD Bouad ORL  
Oto-Rhino-Laryngologue  
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.

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

**P.P.V: 307,00 DH**

AMM 206DMP/21/NCI