

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

W21-834201

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricole : 07995

Société : Royal Air MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEKKARI

Mohammed Amine 1972

Date de naissance : 19-05-1972

Adresse : 54 Rue Paris Apt. 4

RABAT 10110

Tél. : 066150451

Total des frais engagés : 359,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BOUAYAD Fouad ORL
Spécialiste Nez Gorge Oreilles
Chirurgie de la Face et du Cou
43, Rue Aboutaris Almarini RABAT
Tél. 0537 759777 Mob. 0661 149549

Date de consultation : 28-MARS-2024

Nom et prénom du malade : BEKKARI M. Amine Age: 52

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Etite

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 : Le 28-MARS-2024

Signature de l'adhérent(e) : BEKKARI

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

W21-834201

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 :



Scissors icon indicating where to cut the document.

Scissors icon indicating where to cut the document.

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
26 MARS 2024	ex	1	3000.00	Dr. BOUJAYAD Fouad ORL Spécialiste Nez Gorge Oreilles de la Face et du Cou Almarini - RABAT 0861 149549

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZAMBO	26/03/24	59,80
12, av. Prince Moulay Abdellah Boual. Tel. 05 37 70 81 03		
INP : 102057767		

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 et indiquer la nature des soins.

Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIR

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(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

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 سعاد فؤاد

خريج كلية الطب بجامعة نوبل

الأنف وجراحة الأنف
والأنف والأذنين
جراحة الوجه والعنق
تحليل بالكمبيوتر وجراحة الصمم

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

الرباط في 26/03/2024 Rabat le

M. BEKKARI MOHAMMED
AMINE

41. 40

REMOX (1 Boite)

1 Comprimé le soir après le repas.

18.10

ANTIBIO-SYNALAR Auriculaire (1 Flacon)

5 Gouttes matin et soir dans l'oreille droite et gauche pendant 8 jours.

53.80

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



Urgences : Tél. 0661149549

Clinique Nations Unies : 0537670505

OB Code Dr. Bezug und

ANTIBIO SYNALAR
GOUTTES
AURICULAIRES 10 ml



6 118000 120254

ANTIBIO SYNALAR

GOUTTES
AURICULAIRES
ADULTES, ENFANTS

- التعليمات، كيفية و موانع الاستعمال: إقرأ النشرة.
- لا يترك في متناول الأطفال.
- يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 د.م.
- بعيدا عن الضوء.



صاحب رخصة التسويق
بالمغرب و الصانع:

● ● ●
جوليميديك

زنقة أمبيوط دانقليل حي أرسلان
الدار البيضاء - المغرب

ريموكس®

بروكسيكام 20 ملг

10 أقراص قابلة للتحلل

عن طريق الفم



MEDINFAR

RémoX® 20 mg
10 comprimés dispersibles

6 118000070764