

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 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 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



Déclaration de Maladie

W21-834201

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07995 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEKKAR Mohammed Amine

Date de naissance : 19-05-1972

Adresse : 54 Rue Paul APT 4 RABAT 20176

Tél. : 0661500451 Total des frais engagés : 359,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 28 MARS 2024

Nom et prénom du malade : Bekkar Mohammed Amine Age : 52 ans

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

Nature de la maladie : otite

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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 :

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 بوعبياد فؤاد

خريج كلية الطب ب رونوبل

إختصاصي في أمراض وجراحة الأنف
والحنك والأذنين
جراحة الوجه والحنك
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
18.10
59.80
REMOX (1 Boite)

1 Comprimé le soir après le repas.

ANTIBIO-SYNALAR Auriculaire (1 Flacon)

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

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

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 :

مولى ميديك

زنتة أميوط دانقيل حي أرسلان
الدار البيضاء - المغرب

ريموكس[®]

بيروكسيكام 20 ملغ

10 أقراص قابلة للتحلل



عن طريق الفم



MEDINFAR

RémoX[®]

20 mg

10 comprimés dispersibles



6

118000 070764