

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-819129

184326

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11940

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SOBHI Noureddine

Date de naissance :

28.12.1958

Adresse :

9 lotissement Villa Garden  
Dar Borazza

Tél. : 0661170601

Total des frais engagés : 439,00 dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

## Cadre réservé au Médecin

Dr Abdeihak ZAKIR  
Pédiatre  
13 Bd Ain Taoujoute 1er Flg Appt N°1  
Bourgogne Casablanca  
05 22 22 75 00 55 94 00 04

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

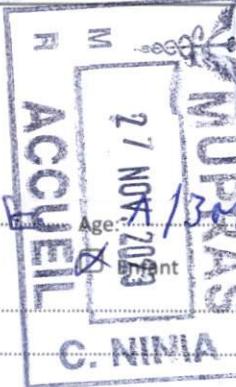
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES TERRASSES MARINES 19 <sup>e</sup> , Rue El Ghazali Casablanca	25/11/23	139.00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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"/>										
				Début d'exécution <input type="text"/>										
				Fin d'exécution <input type="text"/>										
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">□</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	□		00000000 35533411	00000000 11433553	B	G	Coefficient des travaux <input type="text"/>
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
□														
00000000 35533411	00000000 11433553													
B	G													
				Montants des soins <input type="text"/>										
				Date du devis <input type="text"/>										
				Date de l'exécution <input type="text"/>										

**Docteur Abdelhak ZAKIR**  
**Pédiatre**

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Ancien Assistant & Ancien Praticien Hospitalier  
des Hôpitaux de France  
Diplômé en Réanimation Néo-Natale  
Diplômé en Médecine Foetale  
Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire

SOBHE RHAS8NNE

**الدكتور عبد الحق زكير**

إخلاصي في أمراض الطفل والرضيع  
خريج كلية الطب بمونبولي  
طبيب مساعد سابقاً بمستشفيات فرنسا  
جاز في إنعاش الرضيع  
جاز في طب الجنين  
جاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

Casablanca, le: 25/11/23

139,00

- Dr. Zakir



13, Bd. Ain Taoujitate (en face Clinique BADR) Rés. ILIAS 1er étage, App. N°1- Bourgogne  
Casablanca - Tél.: 05 22 48 67 66/ 69 - 06 66 99 99 94 - Portable : 06 61 144 500  
E-mail : abdelhakzakir@gmail.com

# Priorix



Measles, mumps and rubella vaccine

Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole

Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola

Powder and solvent for solution for injection

Poudre et solvant pour solution injectable

Polvo y solvente para solución inyectable

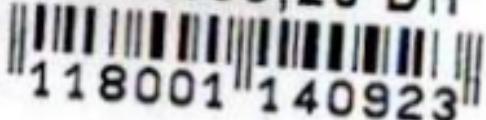
**Subcutaneous use or intramuscular use**

Voie sous-cutanée ou voie intramusculaire

Vía subcutánea o vía intramuscular

ID:652283

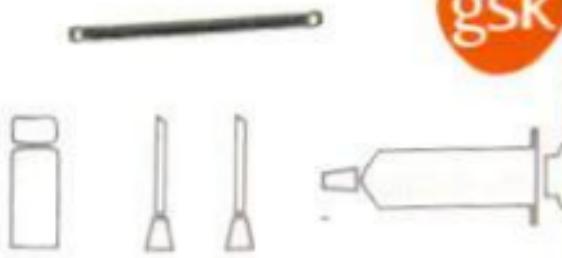
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:139,20 DH



6 118001 140923



gsk



**1 dose/dosis (0.5 ml)**

1 vial with powder + 1 pre-filled syringe  
with solvent + 2 needles

1 flacon avec poudre + 1 seringue pré-remplie  
avec solvant + 2 aiguilles

1 vial con polvo + 1 jeringa prellenada  
con solvente + 2 agujas