

## 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 |

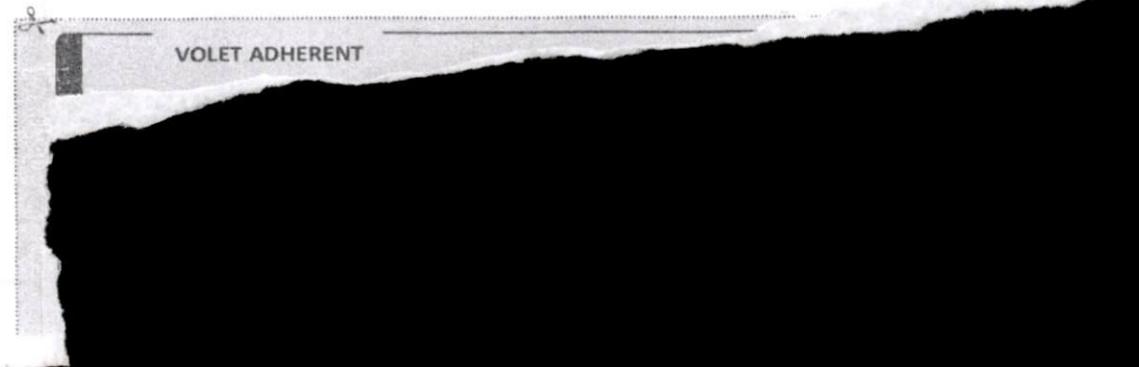
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8692	Société :	HAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	N925X
Nom & Prénom : IRREF KAREEM			
Date de naissance : 01/01/1971			
Adresse : 357 BOUKA MLOOR TAN			
Tél. :	0661296987	Total des frais engagés : 3007332 + 187 Dhs	

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

Cadre réservé au Médecin	
<b>Dr Abdeihak ZAKIR</b> Pédiatre 13 Bd Ain Taoujilate 1er Etg Appt N°1 Bourguiba Casablanca Tél 0522 48 67 68 - 05 22 22 78 18	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : IRREF KAREEM	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Age: 30 Ans <input checked="" type="checkbox"/> 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.	

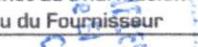
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : CASABLANCA Le : 10/12/2012  
Signature de l'adhérent(e): 



#### **BELLEVE 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
16/11/2012	123 C		300	INP : 09110419 Dr Abdeihak ZAKIR Pediatre

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Récepté pour le compte de la Ville de Paris	16/12/23	332,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **RELEVÉ 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 canalaires, 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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H  D	G  B	25533412 00000000 35533411	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
			21433552 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <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

**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

IRAQ

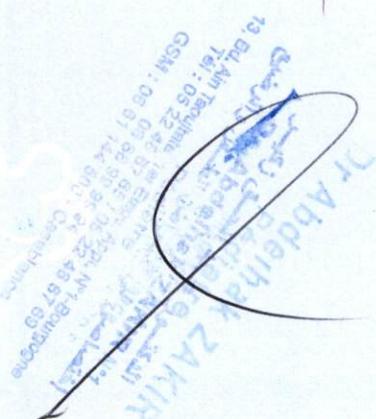
ADAM

Casablanca, le: 16/12/23

332,00

- ADACEL - Polio

Sanofi-aventis Maroc   
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
ADACEL POLIO SUSP INJ  
B1 SER  
P.P.V : 332,00 DH  
  
5 118001 082162



13, Bd. Aïn Taoujتate (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

ASR

CORRECTION



18/10/16



18/10/16



# Docteur Abdelhak ZAKIR

## Pédiatre

Lauréat de 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

الدكتور عبد الحق زكير

طبيب الأطفال

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

خريج كلية الطب بمونبولي

طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

محاز في انعاش الرضيع

محاز في طب الجنين

محاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

Dr. A. Z.

Casablanca, le :

15 DEC 2023

Recette de  
39,20 - ٣٩,٢٠



فوسيدين®  
كريم أنبوب من 15 غ  
39,70

Recette de  
68,40 - ٦٨,٤٠



PPV 68DH40  
LOT 33009 2  
EXP 04/2026

FLOXAM®  
Flucloxacilline  
250 mg / 5 ml  
Flacon de 20 doses

Recette de  
12,80 - ١٢,٨٠



Recette de  
40,00 - ٤٠,٠٠

Doli®  
PEDIATRIQUE  
PARACETAMOL  
A50  
PPV 17 DH 50  
PER 01/24  
LOT J2790