

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- 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

N° W19-552869

67863 CP

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 18618 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : Misbah Abda

Nom & Prénom : Misbah Abda

Date de naissance : 19-08-1986

Adresse :

Tél. : 0663118110 Total des frais engagés : 15 39,00 Dhs

Dr. Abdelhak Zakir

Pédiatre

513 Bd. Ain Taoujoute ferme Apt. N°1 - Casablanca

Tel: 05.22.48.67.66 / 69 - 06.66.99.99.94

GSM : 06.61.14.45.00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MISBAHI MARIA Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Vaccin

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

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-552869

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 :



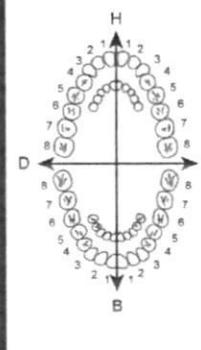
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/02/2025	h	250	Dr. Abdellah Zakir Pédiatre N°13, Bd Ain Jaoujite 1er étage Appt. N°1 - Casa Tél: 06.22.48.67.66 / 69 - 06.66.99.99.94 SSM: 06.61.14.45.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES TERRASSES MARINES 17, Rue El Ghazali - Casablanca	15/02/2025	428900

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

AUXILIAIRES MEDICAUX				
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	

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 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.																						
	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"/>																						
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"/>																						
<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHÈSES DENTAIRES</b></p> <p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553	G			B		
H	25533412	21433552																				
D	00000000	00000000																				
	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
G																						
B																						
<p><b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b></p> <p><b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b></p>																						

# 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

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

خريج كلية الطب بمونبولي

طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

مجاز في إنعاش الرضيع

مجاز في طب الجنين

مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

MISBAHI

MARDA

Casablanca, le :

15/02/21

160.00

- Prevenor

277.00

- Pentoxi

252.00

- Rotonix.

1289.00



PHARMACIE LES TERRASSES MARINES  
17, Rue El Ghazali  
Casablanca

Sarofli-aventis Maroc  
Route de Rabat R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
P.P.V : 27.00 DH  
5118001 080632

Dr. Abdelhak Zakir  
Pédiatre  
N°13, Bd Aïn Taoujتate 1er étage App. N°1 - Casablanca  
Tél: 05 22 48 67 66 / 06 66 99 99 94  
GSM : 06 61 14 45 00

gsk

Oral use  
Voie orale  
Vía oral

1 dose/dosis (1.5 ml)  
1 oral applicator  
1 applicateur pour  
administration orale  
1 aplicador oral

Ready to use/ No reconstitution required

Prêt  
Listo

ID: 645582

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 252,00 DH

6 118001 142323



essaire  
in



Rotavirus vaccine/ Vaccin contre le rotavirus/ Vacuna contra rotavirus  
Pediatric use/ Usage pédiatrique/ Uso pediátrico

**Do not inject/ Ne pas injecter/ No se inyecte**

Oral suspension  
Suspension buvable  
Suspensión oral

PAA135294

Fabricant responsable de la libération des lots :  
Wyeth Pharmaceuticals  
New LaneHavant  
Hampshire, PO9 2NG  
Royaume-Uni

Pfizer Manufacturing Belgium N.V.  
Rijksweg 12  
B-2870 Puurs  
Belgique

PREVENAR 13 SUSP INJ  
P.P.V : 760DH00  
6 118001 171057



Laboratoires  
Pfizer  
SA

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance