

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostique 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 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° M21- 0050335

94023

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12321 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL BONDURI TARIK

Date de naissance : 15/07/1982

Adresse : VILLAS DES PRES N°162 DAR BOUAZZA NOUADOUR  
CASABLANCA

Tél. : 0661 39 77 41 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

الدكتور عبد الحق زكي

Dr. Abdelhak ZAKIR

إختصاص في أمراض الأطفال والوقاية

Pediatric

13, Bd. Ain Taoujate, 1er Etage, App. N°1-Boulogne

Tel : 05 22 48 67 68 / 05 22 48 67 69

06 66 99 99 94

GSM : 06 64 144 500 - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : *Fracture*

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



# RELEVÉ 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
23/11/21			250	<p>الدكتور عبد الحفيظ زكري</p> <p>Dr. Abdellhak ZAKIR</p> <p>طبيب أسنان في أمراض الفم والرضع</p> <p>Pediatre</p> <p>13, Bd. Ain Taoujate, 1er Etage, Appt. N°1-Bourgo</p> <p>Tel : 05 22 46 7 65 / 06 22 43 67 69</p> <p>05 98 98 99 94</p> <p>GSM : 06 81 144 500 - Casablanca</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>M&amp;M PHARMACIE DES BORDS</p> <p>Parc Errahma GHI - 10 km Dar Bouazza</p> <p>Tel : 05 22 89 75 61</p>	23/11/21	17180

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

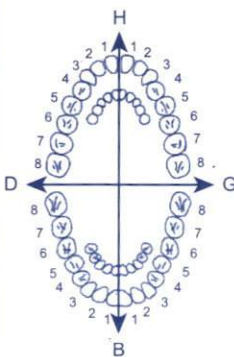
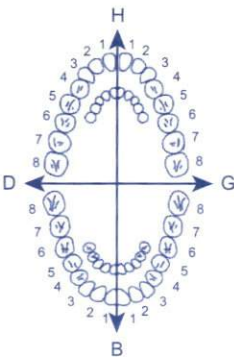
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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

إختصاصي في أمراض الطفل و الرضيع  
خريج كلية الطب بمونبولي  
طبيب مساعد سابقا بمستشفيات فرنسا  
مجاز في إنعاش الرضيع  
مجاز في طب الجنين  
مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

Dr Boudawou Corneil

Casablanca, le

23

Abdelhak Zakir

4530

Re-touche (AS)

MAN MAN MAN 4 EL 3j - 031

m m m 2 EL 3j - 6j

8650

Ceclor (AS)

m 2 EL 50.1 - 7

2000 x2

Ceclor (AS)

17180

M&M PHARMA  
PHARMACIES PRES  
Parc El Rahma  
Tel: 05 22 89 75 61

Amon

Amon

Dr. Abdelhak ZAKIR  
13, Bd Aïn Taoujtate (en face Clinique BADR) Rés. ILIAS 1er Étage, App. N°1 - Bourgogne  
Casablanca - Tél: 05 22 48 67 66 / 06 66 99 99 94 - EN CAS D'URGENCE: 06 61 14 45 00

# Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1 mg / ml

Solution buvable 60 ml



PPV:20DH00

PER: 09/24

LOT: K2444

A TENIR HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Conservation :

A température inférieure à 30°C.

TABEAU C (LISTE II).

AMM N° 301/17 DMP/21/NRQ



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

# Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1 mg / ml

Solution buvable 60 ml



PPV:20DH00

PER: 09/24

LOT: K2444

A TENIR HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Conservation :

A température inférieure à 30° C.

TABEAU C (LISTE II).

AMM N° 301/17 DMP/21/NRQ



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Lot n°: 008R025A  
Pér.: 02-2024

P.P.V: 45 DH 30

# بتوفن®

رشاش مقياس الجرعات  
ه.ف.أ.

100 ميكروغرام / جرعة

200 جرعة

# CLENIL FORTE<sup>®</sup>

Béclométasone dipropionate

Aérosol doseur

250 microgrammes / doses

200 doses

 **chiesi**

86,50