

## 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 du 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-705849

121005

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>		
Matricule : <b>A 2526</b>	Société : <b>RAM</b>	<input type="checkbox"/> Autre : <b>ELMEHDI</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : <b>ZERRARI</b>		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : _____ Total des frais engagés : _____ Dhs		

<b>Cadre réservé au Médecin</b>		<b>الدكتور عبد الحفيظ زكير</b> <b>Dr. Abdelhak ZAKIR</b> اخصائي في امراض الطفل والرضيع 13, Bd. Ain Taoujoute 1er Etage Appt N° 1 Bourgogne - Casablanca Tél : 0522 48 67 66 / 0522 48 67 69 GSM : 066 99 99 94 / 0661144 500
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade : <b>Zerrari Ismael</b> Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input checked="" type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : <b>vaccin</b>		
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 :** *30/06/2022*  
**Signature de l'adhérent(e) :** *[Signature]*

VOLET ADHÉRENT

#### **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
16.06.122	CS	.	300	INP : 03114041R
				الدكتور عبد الحق زكي Dr. Abdelhak ZAKI طريق الطنباطي والرضي Bd. Ain Touni Boulevard
				73
				74

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
11, RUE EL GHAZALI AL-TELESSIS MEDICAL	18/06/22	219,00

The logo for Pharmacie des Terroirs Marins is located at the top right of the page. It features a circular emblem with a sunburst pattern in the background, overlaid with the brand name in a serif font.

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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.

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 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	B H G			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

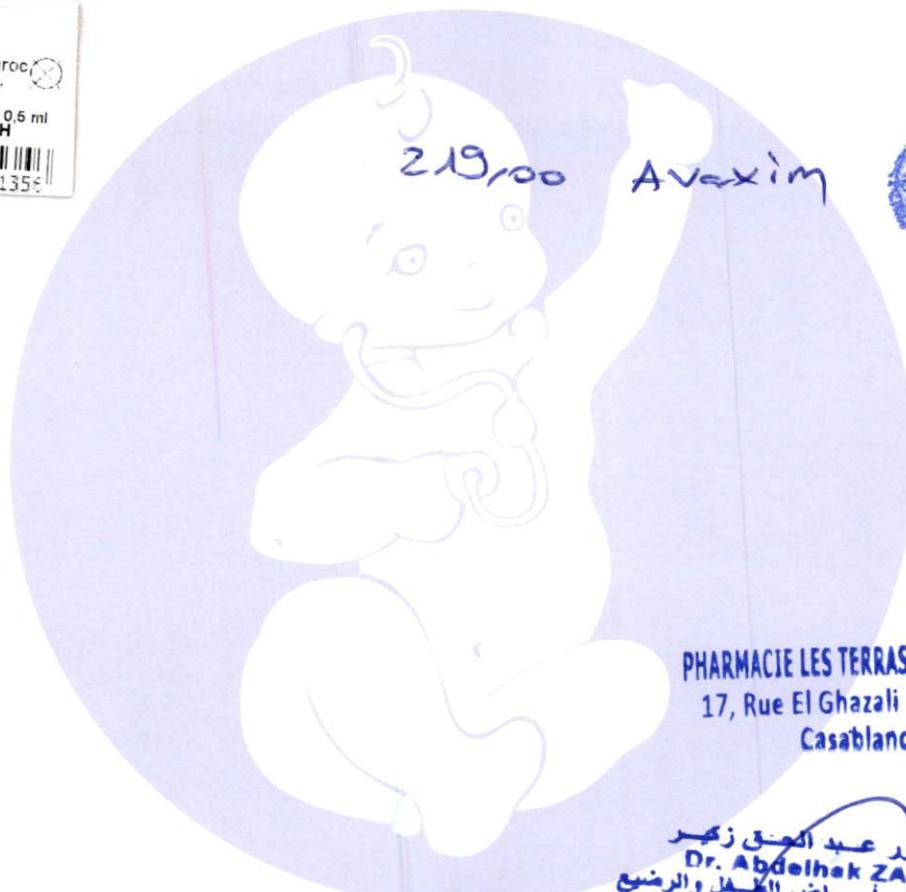
Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Ancien Assistant & Ancien Praticien Hospitalier  
des Hôpitaux de France  
Diplômé en Réanimation Néo-Natale  
Diplômé en Médecine Foetale  
Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire

**الدكتور عبد الحق زكير**

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

Zerrari Ismaël

Casablanca, le ..... 16/06/122



**PHARMACIE LES TERRASSES MARINES**  
17, Rue El Ghazali  
Casablanca.

الدكتور عبد الحق زكير  
Dr. Abdelhak ZAKIR

إختصاصي في أمراض الطفل والرضيع  
Pédiatre

13, Bd. Ain Taoujate, 1er Etage, App. N°1-Bourgogne  
Tél : 05 22 48 67 66 / 06 66 99 99 94  
06 66 99 99 94  
GSM : 06 61 144 570 - Casablanca

13, Bd. Ain Taoujate (en face Clinique BADR) Rés. ILIAS 1<sup>er</sup> Étage, App. N°1 - Bourgogne  
Casablanca - Tél. : 05 22 48 67 66 / 06 66 99 99 94 - En CAS D'URGENCE : 06 6114 45 00