

# 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0016815

154694

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30180 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MARIAM ELMAZIANI  
 Date de naissance : 03/04/1981  
 Adresse : Lot Bath II, 9 km 23 mandarine side  
 Naerouf Casablanca  
 Tél. : 0661 884595 Total des frais engagés : 664,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhak ZAKIR  
 Pédiatre  
 13, Bd. Aln Tasoulte, 1er étage, Apt. N°1 Bourgo  
 Tél : 05 22 45 67 65 / 05 22 48 87 68  
 05 88 95 89 94

Date de consultation : 20 / 03 / 2023

Nom et prénom du malade : medhatte Réda Age : Sans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : vaccin

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 24 MAR 2023

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 : 20 / 03 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

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



# 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
20/03/23	CS		300	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/03/23	364,00

# 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
		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 :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				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																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
			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 و الرضيع  
خريج كلية الطب بـمونبولي  
طبيب مساعد سابقاً بمستشفيات فرنسا  
مجاز في إنعاش الرضيع  
مجاز في طب الجنين  
مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

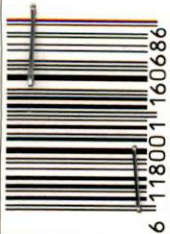
mechatte Rêda

Casablanca, le 20/03/23

Titulaire de l'AMM et fabricant/  
صاحب رخصة التسويق والمصنع  
Merck Sharp & Dohme Corp.  
770 Sumneytown Pike, P.O. Box 4  
West Point, Pennsylvania, 19486,  
Etats-Unis/المملكة المتحدة الأمريكية  
Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/  
يتم إصدار التشغيلة من قبل  
Merck Sharp & Dohme BV  
Waarderweg 39, P.O. 581  
2031 BN, 2003 PC Haarlem  
هولندا/Pays-Bas

VARIVAX® vaccin  
Suspension injectable  
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml  
PPV-364.00 DH  
AMM N°: 789/16DMP/21/NSF  
Distribué par MSD Maroc



364,00 Vari Vax



PHARMACIE LES TERRASSES MARINES  
17, Rue El Ghazali  
Casablanca

الدكتور عبد الحق زكير  
Dr. Abdelhak ZAKIR  
إختصاصي في أمراض الطفل و الرضيع  
Pédiatre  
13, Bd Aïn Taoujtate, 1er Étage, App. N°1 - Bourgogne  
Tél : 05 22 48 67 66 / 06 66 99 99 94  
06 61 14 45 00  
GSM : 06 61 14 45 00 - Casablanca