

## 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 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



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° W19-494642

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9399 Société : 189099  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AFAKHRI HICHAM  
 Date de naissance : 24/07/71  
 Adresse : 127 lot RYAD PARTNER ROUTE DIAZ ZENOUR DAR BOUAZZA  
 Tél. : 06 61 10 96 69 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Abdelhak ZAKIR  
Pédiatre  
13 Bd Ain Taoujlate 1er Ig Apt N°1  
Bourgnone Casablanca  
Tél 0522 48 67 66/0666 99 99 94

Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : AFAKHRI HICHAM Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Bron

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 : CAS Le : 17/07/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :



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
17/11/23	CS		300	INF: 094404118 Dr Abdelhak ZAKIR Pédiatre
	substitut		200	

Dr Abdeihak ZAKIR  
Pediatre

73 Bd Ain Taoujate 1er Etg Appt N°1  
Bourgoigne Casablanca  
Tél 0522 48 67 66/0666 65 99 98  
ANCIENNES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacie ou du Fond de commerce	Date	Montant de la Facture
	17/11/23	185,30

Cachet du Pharmacien  
ou du Farmaceut

[illegible]

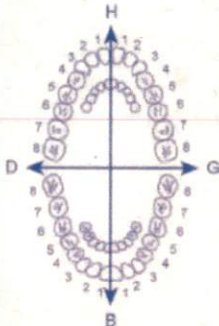
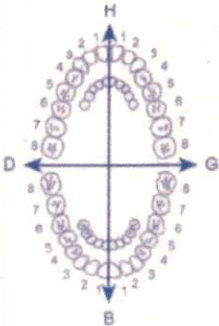
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, 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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnet, Thérapeutique, nécessaires 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

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	Durée de la consultation	Coût du soin	Remarque
Soins préventifs			
Soins curatifs			
Soins palliatifs			
Soins de rééducation			
Soins de confort			
Soins de soutien			
Soins de soins infirmiers			
Soins de soins dentaires			
Soins de soins oculaires			
Soins de soins auditifs			
Soins de soins respiratoires			
Soins de soins cardiovasculaires			
Soins de soins neurologiques			
Soins de soins psychiatriques			
Soins de soins pédiatriques			
Soins de soins gériatriques			
Soins de soins oncologiques			
Soins de soins infectieux			
Soins de soins dermatologiques			
Soins de soins rhumatismaux			
Soins de soins allergologiques			
Soins de soins endocrinologiques			
Soins de soins néphrologiques			
Soins de soins hépatologiques			
Soins de soins gastro-entérologiques			
Soins de soins urologiques			
Soins de soins gynécologiques			
Soins de soins obstétricaux			
Soins de soins pédiatriques			
Soins de soins gériatriques			
Soins de soins oncologiques			
Soins de soins infectieux			
Soins de soins dermatologiques			
Soins de soins rhumatismaux			
Soins de soins allergologiques			
Soins de soins endocrinologiques			
Soins de soins néphrologiques			
Soins de soins hépatologiques			
Soins de soins gastro-entérologiques			
Soins de soins urologiques			
Soins de soins gynécologiques			
Soins de soins obstétricaux			
Soins de soins pédiatriques			
Soins de soins gériatriques			
Soins de soins oncologiques			
Soins de soins infectieux			
Soins de soins dermatologiques			
Soins de soins rhumatismaux			
Soins de soins allergologiques			
Soins de soins endocrinologiques			
Soins de soins néphrologiques			
Soins de soins hépatologiques			
Soins de soins gastro-entérologiques			
Soins de soins urologiques			
Soins de soins gynécologiques			
Soins de soins obstétricaux			
Soins de soins pédiatriques			
Soins de soins gériatriques			
Soins de soins oncologiques			
Soins de soins infectieux			
Soins de soins dermatologiques			
Soins de soins rhumatismaux			
Soins de soins allergologiques			
Soins de soins endocrinologiques			
Soins de soins néphrologiques			
Soins de soins hépatologiques			
Soins de soins gastro-entérologiques			
Soins de soins urologiques			
Soins de soins gynécologiques			
Soins de soins obstétricaux			
Soins de soins pédiatriques			
Soins de soins gériatriques			
Soins de soins oncologiques			
Soins de soins infectieux			
Soins de soins dermatologiques			
Soins de soins rhumatismaux			
Soins de soins allergologiques			
Soins de soins endocrinologiques			
Soins de soins néphrologiques			
Soins de soins hépatologiques			
Soins de soins gastro-entérologiques			
Soins de soins urologiques			
Soins de soins gynécologiques			
Soins de soins obstétricaux			
Soins de soins pédiatriques			
Soins de soins gériatriques			
Soins de soins oncologiques			
Soins de soins infectieux			
Soins de soins dermatologiques			
Soins de soins rhumatismaux			
Soins de soins allergologiques			
Soins de soins endocrinologiques			
Soins de soins néphrologiques			
Soins de soins hépatologiques			
Soins de soins gastro-entérologiques			
Soins de soins urologiques			
Soins de soins gynécologiques			
Soins de soins obstétricaux			
Soins de soins pédiatriques			
Soins de soins gériatriques			
Soins de soins oncologiques			
Soins de soins infectieux			
Soins de soins dermatologiques			
Soins de soins rhumatismaux			
Soins de soins allergologiques			
Soins de soins endocrinologiques			
Soins de soins néphrologiques			
Soins de soins hépatologiques			
Soins de soins gastro-entérologiques			
Soins de soins urologiques			
Soins de soins gynécologiques			
Soins de soins obstétricaux			
Soins de soins pédiatriques			
Soins de soins gériatriques			
Soins de soins oncologiques			

Coefficient

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	2553412	21433552
	0000000	00000000
D		G
	0000000	00000000
	3553411	11433553
	B	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE 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-Natal

Diplômé en Médecin Foetale

Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire

## الدكتور عبد الحق زكير

إختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

خريج كلية الطب بمونبيلي

طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

مجاز في إنعاش الرضيع

مجاز في طب الجنين

مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

Casablanca, le : .....

17 NOV 2023

Lot n°: 008T078B  
Pér.: 04-2026  
Médicament autorisé  
N°: 132/19/DMP/21/NRQDNM  
P.P.V: 45 DH 30

RC: 399 10

LOT: GB21161  
PER: 05/2024  
PPV: 140 DH 00



**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**

إختصاصي في أمراض الطفل و الرضيع

خريج كلية الطب بمونبولي

طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

مجاز في انعاش الرضيع

مجاز في طب الجنين

مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

Casablanca, le :

17-11-23

AFAKHRA JNES

Nébulisation à la vaniline

200, 100, 50

13 Bd Ain Toujtate  
Bourgogne  
Tél: 0522 48 67 66 / 06 66 99 99 94  
En CAS D'URGENCE : 06 61 14 45 00  
Dr. Abdelhak ZAKIR  
Pédiatre  
N°1 Appt N°1

13 Bd Ain Toujtate  
Bourgogne  
Tél: 0522 48 67 66 / 06 66 99 99 94  
En CAS D'URGENCE : 06 61 14 45 00  
Dr. Abdelhak ZAKIR  
Pédiatre  
N°1 Appt N°1