

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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 caractère personnel.

197769

M23- N° 0042879

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule 12765 Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : EL KABABI Housseyn

Date de naissance : 28-06-1984

Adresse :

Tél. : 666073 64 65 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12-3-FEV-2024

Nom et prénom du malade : EL KABABI Housseyn Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Compagnon  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent[e] : .....

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE DES TAUX 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 FEV 2024		5	25	ZAKIR Abdelhak ZAKIR

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE ABOU JABAL</b> 9.Rue des Bouneufs Oasis Casablanca Tél: 052 56 64 10	23-02-24	116,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

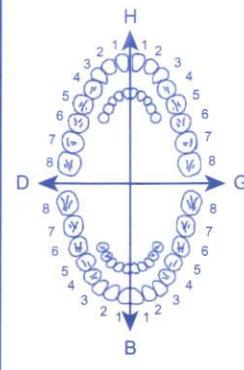
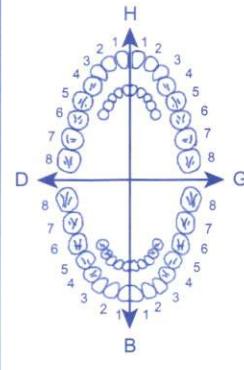
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 D ————— ————— G 00000000 35533411	21433552 00000000 B 11433553	Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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**

**المتخصص في أمراض الطفل والرضيع**

**خريج كلية الطب بمونبولي**

**طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا**

**مجاز في انعاش الرضيع**

**مجاز في طب الجنين**

**مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي**

Dr KORATI

Dr

Casablanca, le :

23 24

60,50

lessons - ٦ نه

S.V

▷ ! !

Jan 130 - 3,1 - ٣١

m S 56,10  
▷ ▷

Entourfe

S.V

1 - 2,1 - ٢,١ - ٩,

No 14 fer

Jan 130 - 4,1 - ٤٠ - ٣٨

116,60



13 Bd Aïn Toujoute (en face Clinique BADR) Rés. ILIAS 1 Etage, Appt. N°1- Bourgogne  
Casablanca - Tél : 05 22 48 67 66 / 06 66 99 99 94 - En CAS D'URGENCE : 06 61 14 45 00

DR ABDELHAK ZAKIR  
PEDIATRIE

...alation de l'intestin se manifestant par des douleurs abdominales et une augmentation des quantités en vitamines dans l'organisme (dysvitaminoses).

**Therapeutic indications**

Enterogermina is used for:

- the prevention and treatment of intestinal disorders related to the alteration in intestinal flora, that manifest themselves as diarrhea, abdominal pain and increase of air in the bowel (intestinal dysbiosis), and vitamin deficiency in the body resulting from the imbalance of intestinal flora (endogenous avitaminosis);
- coadjuvant treatment to restore intestinal microbial flora altered during treatment with antibiotics.

- the treatment of accidents caused by primary intestinal bacterial infection, abdominal pain and diarrhea, or vitamin C deficiency.

**Posology: Adults:** Enfants: 1-2 flacons Nourrissons: 1-2 flacons

Prendre le contenu d'un autre flacon.

Afin d'éviter toute altération possible après ouverture du flacon.

**Posology: Adults:** 2-3 vials per day.

**Children:** 1-2 vials per day.

**Infants:** 1-2 vials per day.

Take the contents as it is or dilute it in water or any other beverage.

Open the medicine within a short period of time in order to avoid the alteration of medicine.

of intestinal flora  
Route de Rabat, R.R.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Enterogermina 2 milliards

susp b 10 fl 6 ml

P.P.V : 56,10 DH

Barcode: 6 118001 081653

PPV 60DH50

LOT 35029 6

EXP 11/2025

**LEVAMOX®**  
100 mg/12,5 mg/1ml 60 ml  
**Enfants**