

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° W21-785366

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11560 Société : RAM Express
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL MEJJAD YASSIR
 Date de naissance : 23/03/1976
 Adresse : Rue Ibn Tachin, Résidence Tanas, App. n° 4, Bourgogne
 Tél. : 0661541227 Total des frais engagés : 632,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Abderhak ZAKIR
 Pédiatre
 13 Bd Ain Taoujjet 1er Lt App. N°1
 Bourgogne Casablanca
 Tél. 0522 48 67 66/0666 99 99 94
 Date de consultation : 07/03/24
 Nom et prénom du malade : EL MEJJAD Meriem Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : vaccin
 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) :

Autorisation CNEF N° : A-A-245/2019

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
07/03/24	CS		300	INP : 0914104113 Dr Abdehak ZAKIR Pédiatre 19 Bd Ain Taoujane 1er Etg App N°1 Bourgogne Casablanca Tél : 0522 48 67 66/0666 99 99 94

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES TERRASSES MARINES 17, Rue El Ghazali Casablanca	07/03/24	332,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

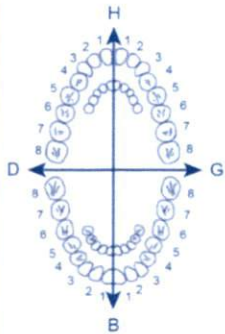
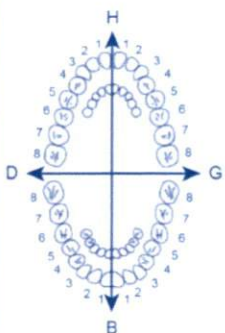
ADHERENT

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 canalaire, 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-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 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

El mejjad meriem

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 : 07/03/24

332,00 Adacel Polio

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
ADACEL POLIO SUSP INJ
B1 SER
P.P.V : 332,00 DH
5 118001 082162

PHARMACIE LES TERRASSES MARINES
17, Rue El Ghazali
Casablanca

Dr Abdelhak ZAKIR
Pédiatre

13 Bd Aïn Toujjate 1er Etg Appt N°1
Bourgogne Casablanca
0522 48 67 66/0666 99 94

13, Bd Aïn Toujjate (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



310 799079

Cada dosis de 0,5 mL contiene:

Toxoide Tetanico	≥ 20 IU(5Lf)
Toxoide Difterico	≥ 2 IU(2Lf)
Acelular Pertusico	
Toxoide Pertusico	2,5µg
Hemaglutinina Filamentosa	5µg
Pertactina	3µg
Fimbrias de tipo 2 y 3	5µg

Vacuna inactivado de la poliomielitica :

- Tipo 1 (Mahoney)	40 UD*
- Tipo 2 (MEF-1)	8 UD*
- Tipo 3 (Saukett)	32 UD*

* unidad de antígeno D (o cantidad equivalente d'antígeno).

Conservar entre 2° y 8°C (35° - 46 ° F).

No congelar. Agitese bien.

Ver el prospecto.

Manufactured and distributed by/Fabriqué et distribué par/Realizado y distribuido por:

Sanofi Pasteur Limited - Toronto, Ontario, Canada

Fabricated by/Produit par/Fabricado por:

Sanofi Pasteur SA - Lyon, France



sanofi security

SANOFI

PC/GTIN: 03664798014129

LOT: W3D591V

EXP.: 01-2026



SN: 136T41VG5PEA38

Each 0.5 mL dose contains:

Tetanus Toxoid	≥ 20 IU (5 Lf)
Diphtheria Toxoid	≥ 2 IU (2 Lf)
Acellular Pertussis	
Pertussis Toxoid	2.5 µg
Filamentous Haemagglutinin	5 µg
Pertactin	3 µg
Fimbriae Types 2 and 3	5 µg

Inactivated Poliomyelitis Vaccine:

- Type 1 (Mahoney)	40 DU*
- Type 2 (MEF-1)	8 DU*
- Type 3 (Saukett)	32 DU*

* D-antigen units (or equivalent antigen quantities).

Store at 2° to 8°C (35° to 46°F).

Do not freeze. Shake well.

