

## 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.

### 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.

**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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-785366

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **11560**

Société : **RATM Express**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**EL MEJJAD YASSIR**

**A99263**

Date de naissance :

**23/09/1976**

Adresse :

**Rue Ibn Jelmir, Résidence Taïara,  
Appart 4, Bourgogne**

Tél. : **0661541222**

Total des frais engagés : **632,0** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Abdeihak ZAKIR  
Pédiatre  
13 Bd Ain Taoujdit 1er Etg App N°1  
Bourguiba Casablanca  
Tél 0522 48 67 66/0666 99 89 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**

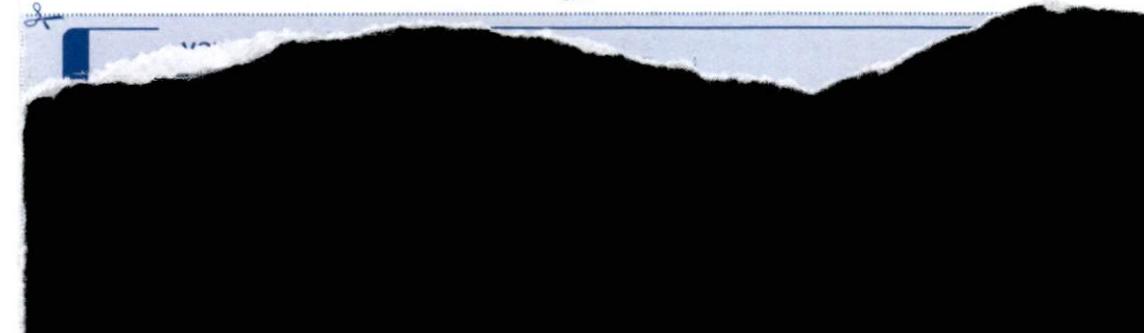
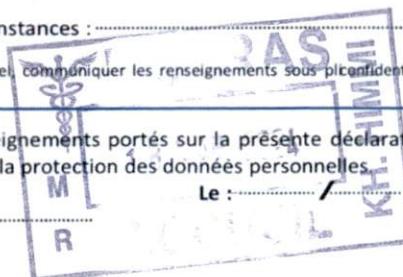
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNEC N° : A-A-215/2019

## 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
27/03/2014	CS		300	INP: 09M404113 Dr Abde hak ZAKIR Pédiatre 19 Bd Ain Taouijid 1er Etg Appart N°1 Bourgogne Casablanca Tel 0522 48 67 89/0662 22

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES TERRASSES MARINES 17, RUE EL GORZALI TASSENFAN	07/03/2024	332.100

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### ADHERENT

## **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

## MONTANTS DES SOINS

#### DEBUT D'EXECUTION

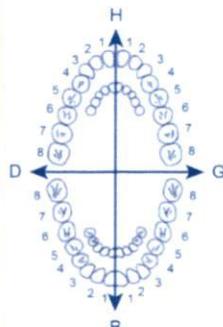
FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

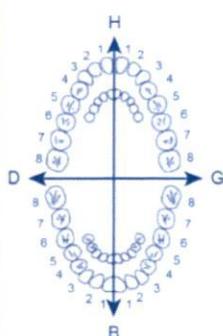
DATE DE



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



### (Création, remont, adjonction)

ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

خريج كلية الطب بمونبولي

طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

محاز في انعاش الرضيع

محاز في طب الجنين

محاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

El mejad meriem

Casablanca, le : 07/03/2014

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  
  
6 118001 082162



PHARMACIE LES TERRASSES MARINES  
17, Rue El Ghezali  
Casablanca

Dr Abdelhak ZAKIR  
Pédiatre  
13 Bd Ain Toujgate Ter Etg Appt N°1  
Bourgogne Casablanca  
0522 48 67 66 / 06 66 99 99 94

13, Bd Aïn Toujgate (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 poliomielítica :

- 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).

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

**No congelar. Agite 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

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.**



PC/GTIN: 03664798014129

LOT: W3D591V

EXP.: 01-2026



SN: 136T41VG5PEA38

Each 0.5 mL dose contains:

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

2

