

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10370

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AKAA BOU AY

NAOUAL

Date de naissance :

12 - 04 - 75

Adresse :

40. Bd de Bordeaux , CASA .

Tél. :

0661136540

Total des frais engagés

996,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASA

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

Signature de l'adhérent(e) :

## **SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	$D \begin{array}{ c c } \hline H & G \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \\ \hline \end{array}$	
	<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	

**VOLET ADHÉRENT** NOM : \_\_\_\_\_ M<sup>2</sup> : \_\_\_\_\_

DECLARATION N° W18-400753

Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
---------------	----------------	------------------------

**Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois**  
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



W18-400753

DATE DE DÉPO

• /201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 10370	
Nom & Prénom AKAABOU.NE NAOUL			
Fonction : X PN	Phones 0661136540.		
Mail achafei@gmail.com			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient CHAFEI ZAYN NALIK		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age 30 mois Date 17/06/20
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<i>Vaccins</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
6			250
			Bd. Ain Tabutiale, 1er étage Appt. N°1 05.22.44.67.66 / 69 - 06.66.99.99 GSM 06.01.14.45.00
<b>PHARMACIE</b>	Date 17/06/20.		
Montant de la facture 1200			
Pharmacie de BENI'S Nouria Rue Alali Ben Abdellah tel.: 0522.27.42.10 - 0522.27.42.10			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date :			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

**Docteur Abdelhak ZAKIR**  
**Pédiatre**

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Ancien Assistant & Ancien Praticien Hôpitalier  
des Hôpitaux de France  
Diplômé en Réanimation Néo-Natale  
Diplômé en Médecine Foetale  
Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire



**الدكتور عبد الحق زكير**

اختصاصي في أمراض الطفل و الرضيع  
خريج كلية الطب بمونبولي  
طبيب مساعد سابقاً بمستشفيات فرنسا  
جاز في إنعاش الرضيع  
جاز في طب الجنين  
جاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

CHAFFI ZAYN MALIK.

Casablanca, le : ٢٤/٠٦/١٢

٦٣٤١٠٠ - MenChnor



PHARMACIE LES TERRASSES MARINES  
17, Rue El Ghazali  
Casablanca

Dr. Abdelhak Zakir  
Pédiatre  
N°13 Bd Aïn Taoujte 1er étage App. 1  
Tél: 05.22.48.67.66 / 69 - 06.66.99.99.99  
GSM : 06.61.14.45.00

13, Bd. Aïn Taoujte (en face Clinique Badr) Rés. ILIAS 1er étage, App. N°1 - Bourgogne  
Casablanca - Tél.: 05 22 48 67 66 / 69 - 06 66 99 99 94 - Portable : 06 61 14 45 00  
E-mail : abdelhakzakir@gmail.com



PPV 12DH80  
PER 02/22  
LOT J422

121,80

7322



L U6738AB  
E 160CT21  
M 090CT19  
S 13131ND3NAGHV



33 ◊ C

284-729305

## Menactra®

Meningococcal [Groups A, C, Y and W-135]  
Polysaccharide Diphtheria Toxoid  
Conjugate Vaccine  
**Vaccin polysaccharidique contre le  
ménigococo (groupes A, C, Y et W-135)  
conjugué à l'anatoxine diphérique**

1 dose vial/1 flacon dose

Intramuscular use/  
Voie intramusculaire  
Injectable solution/  
Solution injectable

SANOFI PASTEUR



### Composition of Active Subst:

of each polysaccharide per ser approximately 48 mcg dip information for additional det  
**List of Excipients:** Sodium ch anhydrous, and sodium phos The vaccine contains no pre material should be disposed i

**DO NOT FREEZE.** Store in a re Keep out of reach of childre.

GTIN: 03664798008999

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1.  
Ain seba Casablanca

MENACTRA 0,5 ML SOL

INJ 1FL

**PPV : 734,00 DH**



5 118001 081981

Swiftwater PA 18370 USA

Sanofi Pasteur Inc.

Manufactured by/Fabriqué par:



**Composition en substances actives:** Chaque dose (0,5 ml) contient 4 mcg de polysaccharides ménigocciques de chacun des sérogroupes A, C, Y et W-135 conjugués à un total de 48 mcg d'anatoxine diphérique. Lire la notice pour plus d'information.

**Liste des excipients:** Chlorure de sodium, sodium dihydrogén phosphate, et disodium phosphate anhydre.

Le vaccin ne contient aucun conservateur. Tout produit non utilisé ou déchets doivent être éliminés selon la réglementation locale.

**NE PAS CONGÉLER.** À conserver entre 2° et 8°C.  
Tenir hors de la portée des enfants.

**Menactra®**

1 dose vial  
1 flacon dose

# Dr. Abdelhak ZAKIR

## Pédiatre

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Ancien Assistant & Ancien Praticien Hôpitalier

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 والرضيع

خريج كلية الطب بمنيولبي

طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

مجاز في إنعاش الرضيع

مجاز في طب الجنين

مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

Casablanca, le :

١٦.١٢.٢٠١٧

El Aftor - Taz M. 16

Gde. Pharmacie de Paris  
Mme. BENNIS Natima  
60, Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca  
Tél. : 0522 27 42 10 - 0522 26 04 26

Dr. Abdelhak ZAKIR  
Pédiatre  
13, Bd. Aïn Taoujte Bourgogne  
Casab. Tel. : 05 22 48 67 66 / 69