

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### 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

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.

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 052079

ND: 32085

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10370 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AKABOU NE NAOUAL

Date de naissance : 12-04-75

Adresse : 40 Bd de Bordeaux, CAS

Tél. : 0661136540 Total des frais engagés : 384,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/04/2013

Nom et prénom du malade : CHAFI NEIL Ned Age : 13 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : ACCIDENT

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) :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des travaux								
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire											
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession												

Visa et Cachet du praticien attestant l'exécution	
---------------------------------------------------	--

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
DECLARATION N°		W18-400756	
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			



W18-400756

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 10370
Nom & Prénom <u>AKAABOUNE NAOUAL</u>		
Fonction : <u>X PN</u>	Phones <u>0661136540</u>	
Mail <u>achafei@gmail.com</u>		

<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient <u>CHAFEI NEIL Ned</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age <u>13ans</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<u>Vaccins</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>h</u>		<u>280</u>	

<b>PHARMACIE</b>	Date <u>17/06/20</u>
Montant de la facture	
<u>134100</u>	

<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	

**Dr. Abdelhak Zakir**  
Pédiatre  
N°13.90. Air Taoujale 1er étage Appl. N°1. Casa  
Tel : 05.22.48.67.66 / 06.66.99.98.94  
GSM : 06.61.14.45.00

**PHARMACIE LES TERRAZZES MARINES**  
17, Rue El Ghazali  
Casablanca

CACHET

Cachet  
MUPRAS

**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-Natale  
Diplômé en Médecine Foetale  
Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire



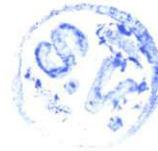
**الدكتور عبد الحق زكير**

إختصاصي في أمراض الطفل و الرضيع  
خريج كلية الطب بمونبولي  
طبيب مساعد سابقا بمستشفيات فرنسا  
مجاز في إنعاش الرضيع  
مجاز في طب الجنين  
مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

CHAFEE Med NEIL

Casablanca, le : 17/06/20

13400 - Tetra



PHARMACIE DES MARINES  
17, Rue El Ghazali  
Casablanca

Dr. Abdelhak Zakir  
Pédiatre  
N°13, Bd. Ain Taoujtate 1er étage App. N°1 - Casa  
Tél: 05.22.48.67.66 / 69 - 06.66.99.99.94  
GSM: 06.61.14.45.00

13, Bd. Aïn Taoujtate (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



One dose (0.5 ml) contains:

Diphtheria toxoid <sup>(1)</sup>	≥ 30 IU
Tetanus toxoid <sup>(2)</sup>	≥ 40 IU
<i>Bordetella pertussis</i> antigens	
Pertussis toxoid <sup>(3)</sup>	25 micrograms
Filamentous haemagglutinin <sup>(4)</sup>	25 micrograms
Poliomyelitis virus (inactivated)	
- type 1 (Mahoney strain)	40 DU <sup>(5)(6)</sup>
- type 2 (MEF-1 strain)	8 DU <sup>(5)(6)</sup>
- type 3 (Saukett strain)	32 DU <sup>(5)(6)</sup>

<sup>(1)</sup> adsorbed on aluminium hydroxide, hydrated 0.3 mg Al<sup>3+</sup>  
<sup>(2)</sup> DU: D antigen unit  
<sup>(3)</sup> or equivalent antigenic quantity determined by a suitable immunochemical method  
<sup>(4)</sup> produced on VERO cells  
 TETRAXIM may contain traces of glutaraldehyde, neomycin, streptomycin and polymyxin B  
**List of excipients:** Hanks medium without phenol red (complex mixture of amino acids including phenylalanine, mineral salts, vitamins and other components such as glucose), acetic acid and/or sodium hydroxide for pH

## TETRAXIM

**Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux poliomyélitique (inactivé), adsorbé / diphthé component) and poliomyelitis (inactivated) v:**

Suspension injectable (0.5 ml en seringue préremplie) - bc  
 Suspension for injection (0.5 ml in prefilled syringe) - box

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat -R.P.1.  
 Ain sebaâ Casablanca  
 Tetraxim inj b1 ser 1 dose  
 P.P.V : 134,60 DH



SANOFI



MANUF

05052018

LOT

R3K922V

EXP

04-2021

SN

136R2349WMNG29



PC/CTIN: 0366479802043

**SANOFI PASTEUR**  
 14 Espace Henry Vallée  
 69007 Lyon  
 France

SANOFI PASTEUR

adjustment, formaldehyde, phenoxethanol, ethanol and water for injections.  
 Read the package leaflet before use.  
 Keep out of the sight and reach of children.  
 Store in a refrigerator (2°C - 8°C).  
 Do not freeze.  
 Instructions on use: joint prevention against diphtheria, tetanus, pertussis and poliomyelitis.

hydroxyde de sodium (pour ajustement du pH), formaldéhyde, phénoxyéthanol, éthanol et eau pour préparations injectables.  
 Lire la notice avant utilisation.  
 Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.  
 A conserver au réfrigérateur (entre + 2°C et + 8°C).  
 Ne pas congeler.  
 Indications d'utilisation : prévention conjointe de la diphtérie, du tétanos, de la coqueluche et de la poliomyélite.