

# 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.

N° W19-456982

VD: 36992

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12321

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL Boudouri, TARIK

Date de naissance : 15/07/1982

Adresse : VILLAS DES PRES N° 162 DAR BOUAZZA  
CASABLANCA

Tél. : 066 1 09 77 41

Total des frais engagés : 469,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhak Zeddhir  
Pédiatre  
N°13, Bd. Ain Taoujala 1er étage - Casablanca  
Tél. 05.22.48.67.66 / 09.06.66.69.99.04

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL boudouri, Louise Age:

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/08/2020

ACCUEIL

## 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
15/08/20	cl		250	INP : 091146411 Dr. Abdelhak Zakir Pédiatre N°13, Bd Aïn Taouala 1er étage App. N°1 - Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
EL GHAZALI CASABLANCA LES TERRASSES MARINES	15.10.1912	219,00

#### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVÉ 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"/>														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> <td></td> </tr> </table>			<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
<b>H</b>																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
<b>B</b>																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <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 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

إخلاصي في أمراض الطفل والرضيع

خريج كلية الطب بونولي

طبيب مساعد سابقاً بمستشفيات فرنسا

محاز في إعماش الرضيع

محاز في ط الجنين

محاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

EL boudouri Louis

Casablanca, le : 15/08/20

الدكتور عبد الحق زكير

Dr. Abdelhak ZAKIR

رخصة

طبيب

Pédiatre

رخصة في أمراض الطفل والرضيع

13, Bd. Aïn Taoujoute, 10 ème étage, App. N°1 - Bourgogne

Tél : 05 22 48 67 66 / 06 66 99 99 94

GSM : 06 61 14 45 00

219,00 Avantim



PHARMACIE LES TERRASSES MARINES

17, Rue El Ghazali

Casablanca

Dr. Abdelhak ZAKIR  
Pédiatre

N°13, Bd. Aïn Taoujoute, 10 ème étage, App. N°1 - Bourgogne

Tél : 05 22 48 67 66 / 06 66 99 99 94

GSM : 06 61 14 45 00

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

Hepatitis A virus, GBM strain\* (inactivated) \*\*  
80 U\*\*\*  
For one dose of 0.5 mL

- \* Cultured on MRC-5 human diploid cells
- \*\* Adsorbed on hydrated aluminium hydroxide (0.15 milligrams of Al)
- \*\*\* In the absence of an international standardised reference, the antigen content is expressed using an in-house reference

## AVAXIM 80 U Pediatric/Pediátrico

**Hepatitis A vaccine (inactivated, adsorbed)**  
**Vacuna contra la hepatitis A (inactivada, adsorbida)**  
Suspension for injection in pre-filled syringe (0.5 mL)  
Suspensión inyectable en jeringa precargada (0.5 mL)  
Intramuscular route/Vía intramuscular

Virus de la hepatitis A, cepa GBM\* (inactivado) \*\*  
80 U\*\*\*  
Para una dosis de 0.5 mL

- \* Cultivada en células diploides humanas MRC-5
- \*\* Adsorbida en hidróxido de aluminio, hidratado (0.15 miligramos de Al)
- \*\*\* A falta de una referencia internacional normalizada, el contenido antigenético se expresa con la ayuda de una referencia interna



2-Phenoxyethanol, formaldehyde and Hanks medium 199 without phenol red (a complex mixture of amino acids (including phenylalanine), mineral salts, vitamins and other components), supplemented with polysorbate 80 and diluted in water for injections, with a pH adjusted with hydrochloric acid or sodium hydroxide.

- Shake before injection • Read the package leaflet before use • Keep out of the sight and reach of children • Store in a refrigerator (2°C - 8°C) • Keep the syringe in the outer package, protected from light • Do not freeze • Prevention of the infection caused by the hepatitis A virus in children aged from 12 months to 15 years • Any unused product or waste material should be disposed of in accordance with local requirements.

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,  
An sebaâ Casablanca

Avaxim 80 Inj b1 ser 0.5 ml  
PPV : 219,00 DH



5118001 08135€

SANOFI PASTEUR

- Agitar antes de inyectar • Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento • Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños • Conservar en el refrigerador (entre 2 °C y 8 °C) • Conservar la jeringa en el embalaje exterior al abrigo de la luz • No congelar • Prevención contra la infección provocada por el virus de la hepatitis A en niños de 12 meses a 15 años de edad • El producto no utilizado o desecharlo se debe eliminar conforme a la normativa vigente.

MANUF  
30012019  
T3A783V  
LOT  
12-2021  
SN  
136R256CECF9PR

EXP/AD



PC/671N 03664798022711

SANOFI PASTEUR  
14 Espace Henry Vallée,  
69007 Lyon - France/Francia