

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-783448

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : MSADEK HAMID 12069 Société : 12069

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MSADEK HAMID

Date de naissance : 18/04/1977

Adresse : 164180

Tél : 0660401610 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur CHAKIB HAJJI  
Allergologie  
124, Bd. El Khalil - Ain Chock  
Casablanca - Tél : 01 252.51 34

Date de consultation : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du malade : HALYA NAWA Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affect. sue

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.

07 JUIN 2023

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 : 11/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

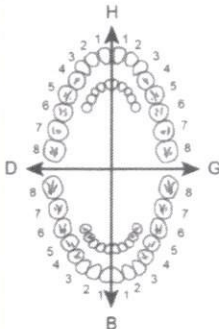
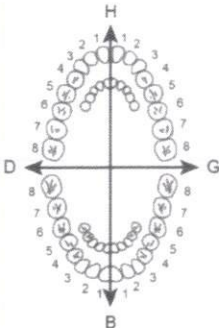
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
11.12.23	C	1	2500	<p>INP : <u>CHAKIB HAJJI</u></p> <p>Docteur <u>CHAKIB HAJJI</u></p> <p>124, Bd El Khoukri - Ain Chock</p> <p>Casablanca - Tél: 022525134</p>
11.12.23	K15	1	2500	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<p><b>Important :</b></p> <p>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <u>CHAKIB HAJJI</u>														
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																



**Docteur Chakib HAJJI**

Diplômé en Allergologie et Immunologie Clinique  
(Faculté de Médecine de Limoges)  
Ex. Médecin Attaché au CHU de Tours

**MALADIES ALLERGIQUES**

124, Bd El Khalil, Hay Moulay Abdellah  
Aïn Chock - Casablanca  
Tél : 0522 52 51 34

**الطبيب تشاكيب حاجي**

دبلوم أمراض الحساسية و المناعة  
(كلية الطب بليموج)  
طبيب سابقا بالمستشفى الجامعي بتور

**أمراض الحساسية**

رقم 124. شارع الخليل حي مولاي عبد الله  
عين الشق - الدار البيضاء  
الهاتف : 0522 52 51 34

Casablanca, le 14/05/93 في الدار البيضاء،

ICE : **FACTURE**  
002193518000013

INPE:091070961

**Honoraires pour tests cutane  
d'allergie ( pneumallergenes )  
pratiqués ce jour au nom de :**

**Mr,Mme,Mlle,l'enfant :**

**HALFA NAHAL**

**Payés : 250 DH**

**Signature**

**Docteur CHAKIB HAJJI**  
Allergologie  
124, Bd El Khalil - Aïn Chock  
Casablanca - Tél. 0522.51.34

# Docteur Chakib HAJJI

Diplômé en Allergologie et Immunologie Clinique  
(Faculté de Médecine de Limoges)  
Ex. Médecin Attaché au CHU de Tours

## MALADIES ALLERGIQUES

124, Bd El Khalil, Hay Moulay Abdellah  
Aïn Chock - Casablanca  
Tél : 0522 52 51 34

# الدكتور تشاكيب حاجي

دبلوم أمراض الحساسية و المناعة  
(كلية الطب بليموج)  
طبيب سابقا بالمستشفى الجامعي بتور

## أمراض الحساسية

رقم 124. شارع الخليل حي مولاي عبد الله  
عين الشق - الدار البيضاء  
الهاتف : 0522 52 51 34

INPE: 091070961/14/05/93 Casablanca le 14/05/93

الدار البيضاء، في

ICE :

Nom et prénom :

HALOYA NAWAL

002193518000013

" Compte rendu des tests cutanés d'allergie "

Témoin  $\oplus$  : 4/10 m

Cladosporium :

Témoin  $\ominus$  : -

Pénicillium mix :

D. ptéryssinus : -

5 graminés :

D. Farinae :

4 céréales :

Blomia :

Olivier :

Blattes :

Poils de chat :

Aspergillus :

Poils de chien :

Alternaria :

Cyprés :

Parietaire :

Conclusion :

ASAC de react allergique et  
allergies tests

Docteur CHAKIB HAJJI  
Allergologie  
124, Bd El Khalil, Hay Moulay Abdellah  
Aïn Chock  
Casablanca - Tél : 0522 52 51 34