

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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 Étage 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° W21-664812

97273

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5107 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Zitouni veuve Bel gnaoui sidi rif el Islam

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0669830081 Total des frais engagés : 631,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/12/2021

Nom et prénom du malade : BEL GNAOUI TALIA 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 : Le : 20/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant les soins
11/11/21	C			
11/11/21	Pneck	50:211		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/11/21	131.70

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.																		
Important : 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	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Saad Bouchikhi

Allergologue et Pneumologue

Capacité d'allergologie

(Lille - France)

Diplômé de la faculté de médecine Mohammed V de Rabat

Membre de L'American thoracic society

Membre de L'European respiratory society

Urgences médicales

Médecin du travail

Visite d'aptitude permis de conduire



QR CODE ADRESSE

الدكتور سعد بوشيكحي  
طبيب اختصاصي في أمراض الحساسية والصدرية  
والتنفسية

\* خريج جامعة الفرنسية لأمراض الحساسية  
(بمدينة لييل فرنسا)

عضو في المنظمة الأمريكية للأمراض الصدرية

عضو في المنظمة الأوروبية للأمراض التنفسية

طبيب الشغل

طب المستعجلات

طبيب مرخص لرخصة السياقة

11/11/2021

M. Benguarni To his:

151.70

1/ No mm:

2 part / no mm 1/ 2 part 2 mm

2/ Plus 5 mg:

151/ 6 mm 2 part 2 mm

App 2 Imm 16 rue attoute sect 10 Hay riad Rabat  
(Scannez le Qr Code pour la localisation)

Gsm: 06 66 07 47 80

Fixe : 05 37 56 50 55

Email : dr.saad.bouchikhi@gmail.com

شقة 2 مبنى 16 زنقة القوت الصنوبر 10 حي الرياض الرباط

(انسخ الرمز للعنوان)

الهاتف: 06 66 07 47 80

05 37 56 50 55

NASONEX® 50 µg/dose  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Flacon de 120 doses  
P.P.V: 131.70DH

Distribué par MSD Maroc



**Dr Saad Bouchikhi**

Allergologue et Pneumologue

Capacité d'allergologie

(Lille - France)

Diplômé de la faculté de médecine Mohammed V de Rabat

Membre de L'American thoracic society

Membre de L'European respiratory society

Urgences médicales

Médecin du travail

Visite d'aptitude permis de conduire



QR CODE ADRESSE

الدكتور سعد بوشيكحي

طبيب اختصاصي في أمراض الحساسية والصدرية  
والتنفسية

خريج الجامعة المغربية لأمراض الحساسية  
(بمدينة لييل فرنسا)

عضو في المنظمة الأمريكية للأمراض الصدرية

عضو في المنظمة الأوروبية للأمراض التنفسية

طبيب الشغل

طب المستعجلات

طبيب مرخص لرخصة المياقة

77/99/8027

Mr. Ben jouni Toho,

Ps-Alm

Prick test = 500 Pt

(long ant diurems)

**Dr. Saad Bouchikhi**  
Allergologue et Pneumologue  
GSM: 06 66 97 47 80  
Fixe: 0537 56 50 55

App 2 Imm 16 rue attoute sect 10 Hay riad Rabat

(Scannez le Qr Code pour la localisation)

Gsm: 06 66 07 47 80

Fixe: 05 37 56 50 55

Email: dr.saad.bouchikhi@gmail.com

شقة 2 مبنى 16 زنقة التوت السكتور 10 حي الرياض الرباط

(انسخ الرمز للعنوان)

الهاتف: 06 66 07 47 80

05 37 56 50 55

## Dr Saad Bouchikhi

Allergologue et Pneumologue  
Diplôme national d'allergologie  
(Lille - France)

Diplômé de la faculté de médecine Mohammed V de Rabat  
Membre de L'American thoracic society  
Membre de L'European respiratory society  
Urgences médicales  
Médecin du travail  
Visite d'aptitude permis de conduire



QR CODE ADRESSE

الدكتور سعد بوشيكحي  
طبيب اختصاصي في أمراض الحساسية والصدرية  
والتنفسية  
خريج الجامعة الفرنسية لأمراض الحساسية  
(بمدينة لييل فرنسا)  
عضو في المنظمة الأمريكية للأمراض الصدرية  
عضو في المنظمة الأوروبية للأمراض التنفسية  
طبيب الشغل  
طب المستعجلات  
طبيب مرخص لرخصة السياقة

ID: BENGNAOUI Taha

Rabat Le 11/11/2021

### Prick test (test cutanés)

Prick	Taille (mm)
Témoin négatif	Négatif
Témoin positif	4 mm
Der Pter	3 mm
Der Far	3 mm
Blomia	Négatif
Phanères de chat	Négatif
Phanères de Chien	3 mm
Olivier	Négatif
CUPRESSACES	Négatif
Alternaria	4 mm

**Conclusion :** Sensibilisations aux DP, Df, phanères de chien, et Alternaria.

Dr. Saad Bouchikhi  
Allergologue et Pneumologue  
GSM: 06 66 07 47 80  
Fixe: 05 37 56 50 55

App 2 Imm 16 rue attoute sect 10 Hay riad Rabat  
(En face de la cour des comptes)  
Gsm: 06 66 07 47 80  
Fixe : 05 37 56 50 55  
Email : dr.saad.bouchikhi@gmail.com

شقة 2 مبنى 16 زنقة التوت السكتور 10 حي الرياض الرباط  
(أمام المجلس الأعلى للحسابات)  
الهاتف: 06 66 07 47 80  
05 37 56 50 55