

## 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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horlogerie  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-606930

119067

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7789 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAHIR SAID

Date de naissance : 23/01/1963

Adresse :

Tél. : 0642372304 Total des frais engagés : 2.096,20 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur CHAKIB HAJJI  
Allergologie  
124, Bd. El Kholil - Ain Chock  
Casablanca 20092 - Tél : 07252.51.34

Date de consultation : 11/05/2022

Nom et prénom du malade : Belouchi Nassira Age :

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

Nature de la maladie : Affection allergique rhino conjonctivale

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 : NOUACEUR

Le : 15/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

VOLET ADHERENT



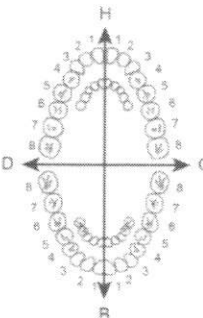
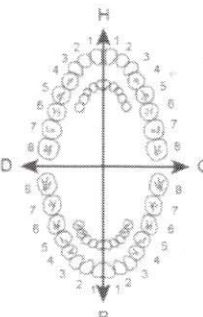
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/05/22	C	1	250 <sup>14</sup>	INP : <input type="text"/> Docteur CHAKIB HAJJI Allergologie Bd El Khomri - Casablanca - Tél: 022 52.53.34
11/5/22	K15	2	520 <sup>36</sup>	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie l'arganier Mme E. CHANNA Mounia EB 253 Pôle Urbain Nouasseur Casablanca Tél: 05 22 53 96 93	11/05/22	1346,20

I.N.P.E : 092066356

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 canalaire, 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	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														

# 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 / GSM : 06 63 33 60 16

Sur RDV

Casablanca. le 11.05.29 في البيضاء

Belaruchi Nassir

ICE :

002193518000013

57900 13  
76600 2  
40400 3  
68100 4  
48800 5  
115000 6  
75000 7  
1346.20

3- 3x1  
2- 2x1  
3- 3x1  
4- 4x1  
5- 5x1  
6- 6x1  
7- 7x1

1346.20

# الطبيب تشاكيب حاجي

دبلوم أمراض الحساسية و المناعة

(كلية الطب بليموج)

طبيب سابقا بالمستشفى الجامعي بتور

الحساسية

فيل حي مولاي عبد الله

عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 52 51 34 / النقال : 06 63 33 60 16

LOT: 0088  
EXP: OCT 2022  
PPV: 40,40 DH



6 118001 100644

CROMABAK 20 mg/ml

Collyre, flacon de 10 ml

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, 20110 Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 57.90 DH

CROMABAK 20 mg/ml

Collyre, flacon de 10 ml

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, 20110 Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 57.90 DH

CROMABAK 20 mg/ml

Collyre, flacon de 10 ml

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, 20110 Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 57.90 DH

Distribué sous licence

- LAPROPHAN S.A.

21, rue des Oudaya

Casablanca - Maroc

PPV: 76DH60

Casablanca - Maroc

PPV : 76DH60

68,10

LOT

PER: DEC 2024

PPV: 45 DH 80

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 115,00 DH

6 118001 142262

Maphar

Bd Alkima N° 6, QI,

Sidi Bernoussi, Casablanca

STALORAL 300 IR/ML SOL

SUBLING 360 MT F10 ML

P.P.V : 750,00 DH

5 118001 185450



**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 الدكتور شاكيب 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 11-05-22 في الدار البيضاء،

**ICE :**  
**002193518000013**

**FACTURE**

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

Mr, Mme, Mlle, l'enfant :

Belaruchi Nassira

Payés : 500 DH

Signature

**Docteur CHAKIB HAJJI**  
Allergologie  
124, Bd. El Khalil - Aïn Chock  
Casablanca - 0522 52 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 شاكيب 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 11-05-22 في الدار البيضاء،

ICE :  
002193518000013

Nom et prénom :

Belasuchi Nassira

" Compte rendu des tests cutanés d'allergie "

Témoin  $\oplus$  : 4/12 m

Cladosporium :

Témoin  $\ominus$  : —

Pénicillum mix :

D. ptérynyssinus : —

5 graminés :

D. Farinae : 7/40 m

4 céréales :

Blomia : —

Olivier :

Blattes :

Poils de chat :

Aspergillus : —

Poils de chien :

Alternaria :

Cyprès :

Parietaire :

Conclusion :

Reaction allergique ex aequo

Docteur CHAKIB HAJJI  
Allergologie

124, Bd. El Khalil  
Casablanca - Tel : 0522.51.34