

COMMANDATIONS 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° W21-778277

149244 conseil

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **MNSA**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Roussen HENEDJI LAIWA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0604361057**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur CHAKIB HAJJI
Allergologie
124, Bd. El Khaïl - Ain Chock
Casablanca - Tel: 022 52.51.34

Date de consultation : **18/01/2023**

Nom et prénom du malade : **NEURANE SARA**

Age :

Lien de parenté :

Même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection respiratoire

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Roussen

Le : / /

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-778277

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : **MNSA**

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
18/11/23	C	1	230 Jcf	INP : [REDACTED]
18/11/23	2K+1		5200 Jcf	Docteur CHAKIB HASSI Allergologie El Khoil - Ain Chock 022525121

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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"/>										
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS										
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION										
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 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 30533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 30533411	00000000 11433553	B		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 30533411	00000000 11433553													
B														
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS										
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION										

Docteur Chakib HAJJI

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

الدكتور شكري حاجي

دبلوم أمراض الحساسية والمناعة

كلية الطب بليموز

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بتور

أمراض الحساسية

MALADIES ALLERGIQUES

124, Bd El Khalil, Hay Moulay Abdellah

Ain Chock - Casablanca

Tél : 0522 52 51 34 / GSM : 06 63 33 60 16

رقم 124. شارع الخليل حي مولاي عبد الله

عين الشق - الدار البيضاء

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

Sur RDV

بالموعد

Casablanca, le

18/11/93

الدار البيضاء، في

INPE: 091070961

ICE :

002193518000013

149,00



T= 149,00

Docteur CHAKIB HAJJI
Allergologie
124, Bd El Khalil - Ain Chock
Casablanca - Tel : 022525134



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 والمناعة

(كلية الطب بليموج)

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بتور

أمراض الحساسية

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

Casablanca, le 18/11/93

الدار البيضاء، في INPE: 091070961

ICE :

002193518000013

nom et prénom :

NEVANE SANA

ICE :

002193518000017

" Compte rendu des tests cutanés d'allergie "

Témoin + : 4/10 m

Cladosporium :

Témoin - : -

Pénicillium mix :

D. ptéronyssinus : 4/16 m

5 graminés :

D. Farinae : -

4 céréales :

Blomia :

Olivier :

Blattes :

Poils de chat : 5/30 m

Aspergillus :

Poils de chien :

Alternaria :

Cyprès :

Conclusion :

Neutre allergique au acarus
et peu de chat

Docteur CHAKIB HAJJI
Allergologie
124, Bd El Khalil - Ain Chock
Tél : 022 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 المحسسية والمناعة

كلية الطب بليموج

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بتور

أمراض المحسسية

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

Casablanca, le 18/12/13 الدار البيضاء، في

INPE: 091070961

ICE :
002193518000013

FACTURE

Honoraires pour tests cutane

d'allergie (pneumallergenes)

pratiques ce jour au nom de :

Mr, Mme, Mlle, l'enfant :

NEENANE SARA

Payés : 500 DH

Signature

Docteur CHAKIB HAJJI
Allergologie
124, Bd. El Khalil, Ain Chock
Casablanca - Tel: 0522 52 51 34