

## COMMANDEMENTS 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 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



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-778277

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1149244

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAUSSA HENRIKHA

Date de naissance :

Adresse : 81 Bd. Lehen Benaïd

Tél. : 0604361057

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 18/04/2023

Nom et prénom du malade : NENANE, SARA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affect. chronique

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-778277

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1149244

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



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
18/11/93	C	1	250 Jkr	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Docteur CHAKIB HAJJI Allergologie 124, Bd. El Khoil - Ain Chock Casablanca - Tel: 022 52.51.34
18/11/93	2K11		500 Jkr	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18-01-93	409,27

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	

VOLET ADHERENT

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

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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]															
				MONTANTS DES SOINS [ ]															
				DEBUT D'EXECUTION [ ]															
				FIN D'EXECUTION [ ]															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]															
	<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>30533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	30533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS [ ]
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	G																		
00000000	00000000																		
30533411	11433553																		
B																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
			DATE DU DEVIS [ ]																
			DATE DE L'EXECUTION [ ]																
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

18/01/23

الدار البيضاء، في

# 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 : 34 52 51 0522 / النقال : 16 63 33 06

بالموعد

GENNANE SANA

INPE: 091070961

ICE :

002193518Q00013

149,00

BUENA NA



149,00



11,40 x 3

11,40 x 3

11,40 x 3

T= 409,00

Docteur CHAKIB HAJJI

Allergologie  
124, Bd El Khalil - Aïn Chock  
Casablanca - Tél: 022525134



→ 45,80

**Zadryl 10mg**

15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 120148



6 118001 030255

**MIFLASONE® 200 µg**

Poudre pour  
inhalation en gélule  
PPV : 71.40 DH



6 118001 030255

**MIFLASONE® 200 µg**

Poudre pour  
inhalation en gélule  
PPV : 71.40 DH



6 118001 030255

**MIFLASONE® 200 µg**

Poudre pour  
inhalation en gélule  
PPV : 71.40 DH

Lot N°:  
FA:  
EXP:

066R039A  
11/2021  
11/2023

**PPV: 149DH00**

**BUDENA® 100 mcg**

Flacon de 200 doses  
Suspension pour  
pulvérisation nasale



6 118001 250127

# 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 : 34 52 51 0522

Casablanca, le

18/01/93

الدار البيضاء، في

INPE: 091070961

ICE :

002193518000017

Nom et prénom :

NEWMANE SANA

ICE :

002193518000017

" Compte rendu des tests cutanés d'allergie "

Témoin  $\oplus$  : 4/10m

Cladosporium :

Témoin  $\ominus$  : -

Pénicillum mix :

D. ptéryssinus : 4/16m

5 graminés :

D. Farinae : -

4 céréales :

Blomia :

Olivier :

Blattes :

Poils de chat : 5/30m

Aspergillus :

Poils de chien :

Alternaria :

Cyprés :

Parietaire :

Conclusion :

Réactive allergique aux acariens  
et poils de chat

Docteur CHAKIB HAJJI  
Allergologie  
124, Bd El Khalil - Aïn 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 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 18/04/23 في الدار البيضاء،

INPE: 091070961

ICE : **FACTURE**  
002193518000013

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

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

NEMANE SAÏRA

**Payés : 500 DH**

**Signature**

**Docteur CHAKIB HAJJI**  
Allergologie  
124, Bd. El Khalil - Aïn Chock  
Casablanca - Tél. 0522 52 51 34