

## COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- Reclamation : 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 (LGD) Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-778275

149242 Courrier

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : MUSA

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SOUSSI MENECHI LAI LA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0604361057

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-778275

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

Matricule : 149242

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

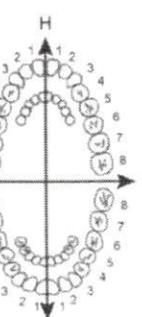
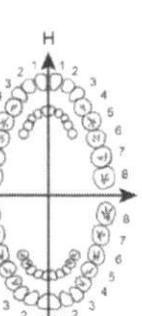
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/01/13	C	1	250	INPE 0911070861 Dr. El Khaïd - Ain Chock Bd. El Khaïd - Ain Chock Tel: 02252.51.34 MD HAJJI
05/1/13	2Kms	2Kms	500	Dr. El Khaïd - Ain Chock Bd. El Khaïd - Ain Chock Tel: 02252.51.34 MD HAJJI

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Dr. RAMI</b> Hanane 22/3/2023	05/07/2023	33.22 Cas 100

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### — 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.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (empty table)	<b>Nature des Soins</b> (empty table)	<b>Coefficient</b> (empty table)	INP : <input type="text"/>																
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
				<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" data-bbox="1514 867 1718 997"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
					H	25533412	21433552													
					D	00000000	00000000													
					B	35533411	11433553													
					G															
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																				
MONTANTS DES SOINS																				
DATE DU DEVIS																				
DATE DE L'EXECUTION																				
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																				

# Docteur Chakib HAJJI

الدكتور شاكيب حاجي

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

دبلوم أمراض الحساسية والمناعة

(كلية الطب بليموج)

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بتور

أمراض الحساسية

## MALADIES ALLERGIQUES

124, Bd El Khalil, Hay Moulay Abdellah

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

Sur RDV

بالموعد

Casablanca, le 05/01/23  
الدار البيضاء، في

INPE: 091070961

Dr. SOUSSI AENE Bhi Lala

ICE :  
002193518000013

190,00



96,00

ella

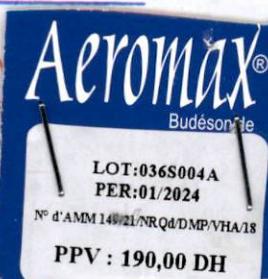


65,80

Dr. Reflexaderm 30mg. BE

2x10ml 3j

Dr. Tachyl. 10g. 1ml



Lot: SL11578  
Per: 11/2025  
PPV: 96DH90



45,80

T = 332,70

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

دبلوم أمراض المحسسية و المناعة  
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 ..... الدار البيضاء، في

## FACTURE

Honoraires pour tests cutane

d'allergie ( pneumallergenes )

pratiques ce jour au nom de :

Mr, Mme, Mlle, l'enfant :

.....

Payés : ..... 500 ..... DH

Signature

Docteur CHAKIB HAJJI  
Allergologie  
124, Bd. El Khalil - Ain Chock  
Casablanca - Tel: 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 شحيب 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 ..... الدار البيضاء، في

Nom et prénom :

" Compte rendu des tests cutanés d'allergie "

Témoin + : 4/100

Cladosporium :

Témoin - :

Pénicillium mix :

D. ptéronyssinus : 6/130

5 graminés : 6/130

D. Farinae : 8/130

4 céréales :

Blomia :

Olivier : 6/130

Blattes :

Poils de chat :

Aspergillus :

Poils de chien :

Alternaria :

Cyprès :

Conclusion :

React allerg. pos ex accus  
et ex poll. (olm et 5a)

Parietaire :

Dr. CHAKIB HAJJI  
Allergologie  
El Khalil, Ain Chock  
0522 52 51 34  
Docteur CHAKIB HAJJI  
Allergologie  
El Khalil, Ain Chock  
0522 52 51 34