

## 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.



Déclaration de Maladie  
M23-0016496

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12 09 Société : 29416

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DERKAOU TALIKA

Date de naissance : 07/07/65

Adresse :

Tél. : 06 07 16 87 76 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur CHAKIB HAJJI  
Allergologie  
124 Bd. El Khalil Ain Chock  
Casablanca - Tél: 0522 525 134

Date de consultation : 05/10/2023

Nom et prénom du malade : DERKAOU TALIKA Age :

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

Nature de la maladie : Affet respiratoire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



### 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
05/10/23	2 K.A.	2	4.00 J.H.	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/10/23	55,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

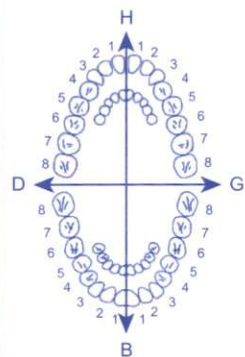
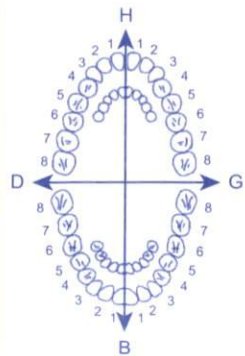
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

05/10/23

الدار البيضاء، في

# الدكتور تشكيب حاجي

دبلوم أمراض الحساسية و المناعة

(كلية الطب بليموج)

طبيب سابقا بالمستشفى الجامعي بتور

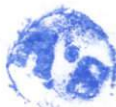
## أمراض الحساسية

رقم 124. شارع الخليل حي مولاي عبد الله

عين الشق - الدار البيضاء

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

بالموعد



Knitex sup

55,00

1 cas x 3 / 7

ST PHARMACIE HAMZA  
Lot. Hay Moulay Abdellah  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

Docteur CHAKIB HAJJI  
Allergologie

124, Bd. El Khalil - Aïn Chock  
Casablanca - Tél: 0522 52 51 34

ST PHARMACIE HAMZA  
Lot. Hay Moulay Abdellah  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

# 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

# الدكتور تشكيب 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 / النقال : 06 63 33 60 16

بالموعد

الدار البيضاء، في

INPE:091070961

ICE :  
002193518000013 - Fautu

Honorable pour Ekl pratique, ce

Donia TIDEL/Chouk M Lika

de 400012

Docteur CHAKIB HAJJI  
Allergologue  
124, Bd. El Khalil Aïn Chock  
Casablanca - Tél: 0522 525 134



**Dr HAJJI CHAKIB**  
124 BD AL KHALIL AIN CHOK  
CASABLANCA  
Tel 0522525134

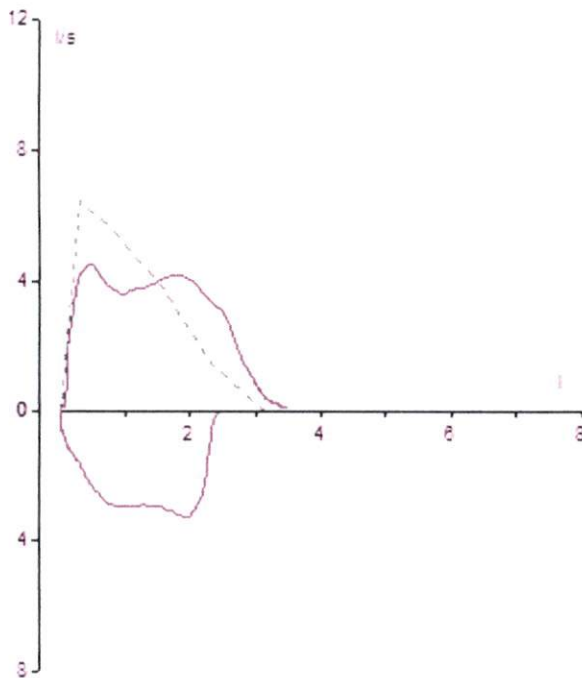
DERKAOUI, MALIKA

000023090708

EFR

170 cm, 85 kg,

05.10.2023 10:51 h

**Spirométrie, Courbe Débit/Volume****Paramètres statiques:**

Paramètre	Valeur	%Théor.	Théor.	Unité
CV				l
VRE				l
VRI				l
VC				l
CI				l

**Paramètres dynamiques :**

CVF	3.63	116	l
VEMS	3.07	115	l
VEMS/CV			%
VEMS/CVF	85	108	%
DEP	4.52	70	l/s
DEM75	3.65	65	l/s
DEM50	4.19	108	l/s
DEM25	2.05	142	l/s
DEMM25-75	3.61	118	l/s
DIP	3.26	78	l/s
DIM50	2.90	78	l/s
Aex	10.37		l*/l/s

**Commentaires:**

BONNE COOPERATION  
EFR NORMALE

**Docteur CHAKIB HAJJI**  
Allergologie  
124, Bd. El Khalil Ain Chok  
Casablanca - Tél: 0522 525 134

# Kintex®

Formulation à base de plantes

CODE No / No DU CODE:

MH/DRUGS/AYU-148

B.No / No LOT CK00642

MFD / FAB 04/2022

EXP 03/2026

(01) 18901111009250

(21) P9ALCJYKY3L7LA



PPC:55.00 DH

N°DA 20150907328 DMP/20UCA/MAv3.

## POSOLOGIE :

- Adulte : 15 ml trois fois par jour
- Enfant : 5 à 10 ml trois fois par jour selon l'âge

AGITER LE FLACON  
AVANT CHAQUE UTILISATION

A CONSERVER À UNE TEMPÉRATURE  
INFÉRIEURE À 30°C.  
A L'ABRI DE LA LUMIÈRE.

Contre indiqué pendant  
la grossesse et l'allaitement  
Complément alimentaire n'est pas un médicament  
Ne pas laisser à la portée des enfants  
Ne pas dépasser la dose recommandée.