

## 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.

N° W19-539720

48728

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	BELRAHIT ALAOUI ined 896		
Société :	AT		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BELRAHIT ALAOUI ined			
Date de naissance : 02/01/43			
Adresse : 5 Rue L'AVIAISON Casablanca			
Tél. : 06 66 76 61 13	Total des frais engagés : 1825,50 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
02 Nov 2011	
BELRAHIT ALAOUI ined	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	
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.	

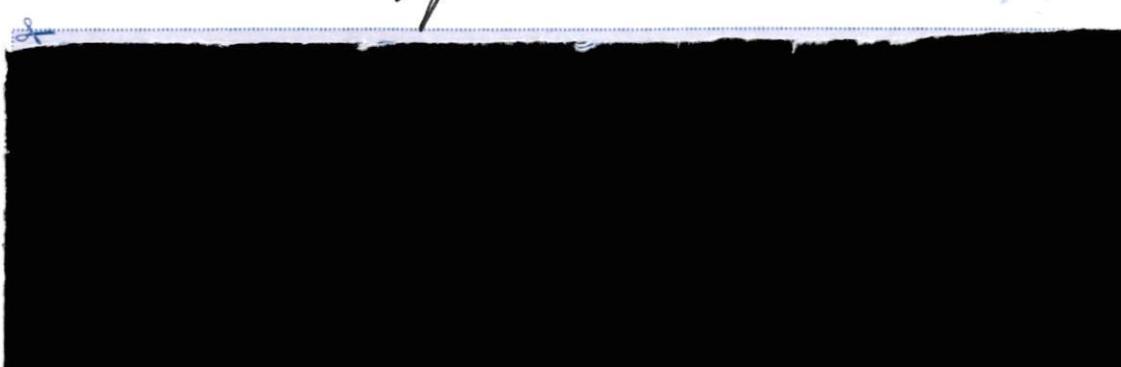
*Cabinet de pneumologie et d'allergologie Professeur C.H LARAQUIN 2-44, Boula Yacout CASABLANCA ACCUEIL BELRAHIT ALAOUI ined*

*BELRAHIT ALAOUI ined*

*Cabinet de pneumologie et d'allergologie Professeur C.H LARAQUIN 2-44, Boula Yacout CASABLANCA*

*Enfant*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir prié connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : Casablanca  
Signature de l'adhérent(e) :  
Le : 01/11/2011



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02 Nov 2002	S2		300 DH	INP : 031000001 Cabinet de Pneumologie et d'Allergologie Professeur CH LARAQUI Bd Lalla Yacout NCA

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et 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> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
					Coefficient des travaux <input type="text"/>												
					Montants des soins <input type="text"/>												
					Début d'exécution <input type="text"/>												
					Fin d'exécution <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			Coefficient des travaux <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G																	
					Montants des soins <input type="text"/>												
					Date du devis <input type="text"/>												
					Date de l'exécution <input type="text"/>												

# CABINET D'ALLERGOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE

## Enfants et Adultes

Professeur C.H. LARAQUI

Lauréat de l'Académie Nationale de Médecine, Paris

Docteur en Sciences de la vie de la santé

Diplôme National Français d'Habilitation à Diriger des Recherches

Spécialiste des maladies du poumon

Appareil respiratoire, tuberculose

Maladies allergiques (Asthme)

Diplôme National Français de Pneumophysiologie

Diplôme d'Allergologie et d'Immunologie Clinique

Diplôme de Kinésithérapie et de Rééducation Respiratoire

الدكتورش. ح. العراقي

أستاذ العلوم الطبية

خريج الأكاديمية الوطنية للطب، باريس

دكتور في علوم الحياة والصحة

دبلوم الدولة الفرنسي في التأهيل للإشراف على البحث

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى

الصدر داء السل

الضيقية أمراض الحساسيات

دبلوم الدراسات الخاصة في الجهاز التنفسى

دبلوم الدراسات الخاصة في أمراض الحساسيات

02 NOV 2020

M. M'hamed BELGHITI ALAOUI

LOT: 200271  
DUQ: 07/2023  
69,000DH

P.P.V.  
79 70  
79,70

69,70  
1 - Actalevure

1 gélule matin et soir

2 - Azibac 500

1 comprimé par jour pendant 3 jours

3 - Seretide 500

1 pulvérisation matin et soir pendant 3 mois toujours boire ou manger après suivre jusqu'à nouvelle consultation

4 - Muxol

1 cuillère à soupe matin, midi et soir

sation ; traitement à

MAGIE ZYMA  
Ahmed KADMIRI  
ear Lycée Al Waha  
2.99.43.95 - Casa

PPV (DH): 38,80  
LOT N°: 11160  
UT. AV.: 38,80

P  
27  
C  
Té  
Centre d'Explorations et du Ronflement  
Réspiratoires et du Sommeil  
1. Chakib LARAQUI-GASA  
44, Avenue Lalla Yacout  
Tél: 022 44 55 84

39, Av. Lalla Yacout - Casablanca

ت - الدار البيضاء

Tél.: 05 22 44 55 84 - الهاتف / الفاكس - Portable: 06

39، شارع لالة

المحمول: 86 07 / 06 50 92 64 62