

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 canaux, 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 canaux.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-539720

48728

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **BECHTIL ALAOUI med 896** Société : **AT**

Matricule : **BECHTIL ALAOUI med**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **med**

Nom & Prénom : **BECHTIL ALAOUI med**

Date de naissance : **02/01/43**

Adresse : **5 rue L'OUKACHEN CIL Casablanca**

Tél : **06 66 76 61 13** Total des frais engagés : **#845,50** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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.

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 :

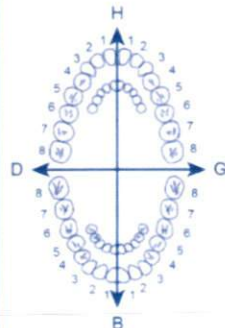
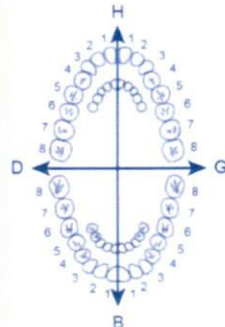
01/11/2020

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
02 Nov 2020	S		300 DA	INP: 09108240 Cabinet de Pneumologie et d'Allergologie Professeur CH LARAQUI 44, Bd Lalla Yacout CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZIN 7, Pte Ahmed KADMI Cité Plateau Lycée Al Wahid Tel : 022.99.43.95 - Casa	2-11-2020	525,50

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 Pneumophtisiologie

Diplôme d'Allergologie et d'Immunologie Clinique

Diplôme de Kinésithérapie et de Rééducation Respiratoire

الدكتور ش.ح. العراقي

أستاذ العلوم الطبية

خريج الأكاديمية الوطنية للطب، باريس

دكتور في علوم الحياة والصحة

دبلوم الدولة الفرنسي في التأهيل للإشراف على البحوث

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

الصدر داء السل

الضيق أمراض الحساسيات

دبلوم الدراسات الخاصة في الجهاز التنفسي

دبلوم الدراسات الخاصة في أمراض الحساسيات

02 NOV 2020

M. M'hamed BELGHITI ALAOUI

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 la pulvérisation ; traitement à suivre jusqu'à nouvelle consultation

4 - Muxol

1 cuillère à soupe matin, midi et soir

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

P.P.V.
79 70

79,70

Centre d'Explorations Fonctionnelles
Respiratoires et du Ronflement
Dr. Chakib LARAQUI
44, Avenue Lalla Yacout - Casa
Tél: 022 44 55 84

MAGIE ZYMA
Ahmed KADMIRI
eau Lycée Al Waha
2.99.43.95 - Casa

PPV (DH): 21.100
LOT N°: 11160
UT. AV.: 38,80 2

39, Av. Lalla Yacout - Casablanca

ت - الدار البيضاء

Tél.: 05 22 44 55 84 - الهاتف / الفاكس - Tél./Fax: 05 22 54 39 47 - Portable: 06

39، شارع لالة

المحمول: 86 07 / 06 50 92 64 62