

RÉCOMMANDATIONS 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

M23-020678

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1330 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve
Nom & Prénom : TIGHRIST Moulouda (Vie BOURKIA BRAHIM)
Date de naissance : 29/10/1955
Adresse : Habituelle
Tél. : 06 11 27 73 40 Total des frais engagés : 1051,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Cabinet de Pneumologie
et d'Allergologie
Professeur C.H LARAQUI
44, Bd Lalla Yacout
CASABLANCA

Date de consultation : 30 JAN 2024
Nom et prénom du malade : TIGHRIST Moulouda Age : 69

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

Nature de la maladie : Bronchopneumopathie

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 : CASABLANCA Le : / /
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
01 JAN 2024	C2		300 DH	
06 FEB 2024	K4		75 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30.01.24	351.50
	06/02/24	125.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	JAN 2024	Rx poumon 212	200 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

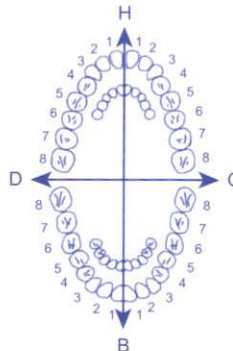
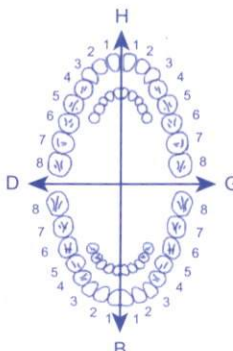
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
				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 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>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</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																	
			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

Professeur C.H. LARAQUI

Pneumologue – Allergologue

Enfants & Adultes

39, Boulevard Lalla Yacout, Casablanca

Tél. 022.44.55.84

Tél/Fax. 022.54.39.47

Casablanca, le

30 JAN 2024

Mme Moulouda
TIGHRIEST

RECU ET COMPTE RENDU

Rx poumon de face : accentuation de la trame bronchique

Rx poumon Z_{12} = 200 DHS
(Deux cents dirhams)

~~Cabinet de Pneumologie
et d'Allergologie
Professeur C.H. LARAQUI
44, Bd Lalla Yacout
CASABLANCA~~

Professeur C.H. LARAQUI

Pneumologue – Allergologue

Enfants & Adultes

39, Boulevard Lalla Yacout, Casablanca

Tél. 0522.44.55.84

Tél/Fax .0522.54.39.47

Casablanca, le

06 FEB 2024

Mme Moulouda
TPGHRIEST

RECU

Acte de vaccination K4 = 75 DHS

(Soixante-quinze dirhams)

Cabinet de Pneumologie
et d'Allergologie
Professeur C.H. LARAQUI
44, Bd Lalla Yacout
CASABLANCA

Professeur C.H. LARAQUI

Pneumologue – Allergologue

Enfants & Adultes

39, Boulevard Lalla Yacout, Casablanca

Tél. 0522.44.55.84

Tél/Fax. 0522.54.39.47

Casablanca, le

06 FEB 2024

Mme Moulouda
TIGARPEST

125130

1 – Influvac Tetra

1 injection SC ou IM



Cabinet de Pneumologie
et d'Allergologie
Professeur C.H LARAQUI
44, Bd Lalla Yacout
CASABLANCA

CABINET D'ALLERGOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE

Enfants et Adultes

Professeur C.H. LARAQUI

Membre de l'Académie Nationale de Médecine, Paris

Docteur en Sciences de la Vie et de la Santé

Diplôme National Français d'Habilitation à Diriger des Recherches en Médecine

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 Réhabilitation Respiratoire

Diplôme du Sommeil et de sa Pathologie

الدكتور ش.ح. العراقي

أستاذ العلوم الطبية

عضو الأكاديمية الوطنية للطب، باريس

دكتور في علوم الحياة والصحة

دبلوم الدولة الفرنسي في التأهيل للإشراف على البحوث الطبية

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

الصدر داء السل

الضيق أمراض الحساسيات

دبلوم في أمراض الجهاز التنفسي

دبلوم في أمراض الحساسيات

دبلوم في إعادة التأهيل التنفسي

دبلوم في توقف التنفس خلال النوم

Mme Moulouda TIGHRIEST

138,30

1- Augmentin 500 mg

1 prise=2 comprimés matin et soir pendant 8 jours

82,60

2- Aler-Z

1 comprimé par jour le soir pendant 1 mois

32,60

3- Muxol

1 cuillère à soupe matin, midi et soir

98.

4- ExtraVit comprimés à sucer

1 comprimé par jour le matin pendant 1 mois

351,50

PPV : 138,30 DH

LOT : 652791

PER : 04/25

LOT : 231314

EXP : 09/2026

PPV : 82,60DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

COOPER PHARMA

PPC : 98,00 DH

Cabinet de Pneumologie
et d'Allergologie
Professeur C.H. LARAQUI
44, Bd Lalla Yacout
CASABLANCA

39, Av. Lalla Yacout - Casablanca

39، شارع لالة الياقوت - الدار البيضاء

Tél.: 05 22 54 39 47 / 05 22 44 55 84 : الهاتف - E-mail: chalaraqui51@gmail.com