

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

N° W19-430470

BL4194

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 606

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : EL HARTI Abdellmajid

Date de naissance : 01/07/1967

Adresse : Hay El Hana Rue 27 n°8
Casablanca

Tél. : 0522 3622 04

Total des frais engagés : 635,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
Pneumologue - Allergologue
197/199, Bd. Bir Anzarane
Rés. El Walida, 2ème Etage, n° 6, 3^e
Tél: 0522 25 26 42 - Casablanca



Date de consultation : 25/02/2020

Nom et prénom du malade : EL HARTI Abdellmajid

Age: 72

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Respiration: S. A. O. S et bron R. I.

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

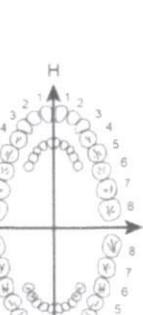
Le : 25/02/2020

Signature de 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
25/02/2020	CS	C3	300,00 18/	INR: 1091035139 Professeur Abdelhaq ALAOUI YAZI Pneumologue - Allergologue 197/199, Bd. Bir Anzarane Rés. El Walida, 2ème Etage, n° 9 Tél: 0522 25 26 42 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES			091035139
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture	
 Dr. Sami Abdallah 282 Bd. Saïd Aït M'hamed Hay El Béni Hssen 0522.94.65.30 - CASABLANCA	25/21/20	335, 80	

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

RELEVE 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																			
				MONTANTS DES SOINS																			
				DEBUT D'EXECUTION																			
				FIN D'EXECUTION																			
				OD.F PROTHESSES DENTAIRES 																			
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 200px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
				H	25533412	21433552																	
					00000000	00000000																	
				D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																					
B																							
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession																							
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																							

Professeur de Pneumologie

Lauréat de la Faculté

de Médecine de Montpellier

Diplôme de Pneumologie

Diplôme d'Allergologie et

Immunologie Clinique



Cabinet Pneumologie

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسية
والحساسية

أستاذ سابق بكلية الطب ومستشفى
ابن رشد بالدار البيضاء

عميد سابق لكلية الطب بمراكش

خريج كلية الطب بموطليه ، فرنسا

Casablanca le : 25/02/2020

PPV : 10DH30

PER : 02/23

LOT : J376

19.30

EL HARTI ABDELMAJID

- 126,30 x 2
- Augmentin 1 g / 125 mg - sachet**
1 sachet 3 fois par jour pendant 8 jours. 2 boites de
12 puis 1 sachet, pendant
 - Apilis - Soluble**
1 cuillère matin, midi, soir. 1 flacon
 - Doliprane vitamine c 500 mg - comprimé effervescent**
1 Comprimé 4 fois/jour pendant 5 jours. 1 boite
- 72,90
- 10,30
- 335,80

PHARMACIE MILAD
Dr. Samira MILAD
283, Bd. Sidi Abderahmane
Hay Salam' - C.I.L
Tél. 0522.94.65.30-CASABLANCA

Professeur Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

Pneumologue - Allergologue

197/199, Bd. Bir Anzarane

Rés. El Walida, 2ème Etage, n° 9

Tél: 0522 25 26 42 - Casablanca



091035139

Lot : 1907010085

Duo : 07/2021

P.P.C : 72.90 Dh

199/197، شارع بئر أنزاران، إقامة الوليدة الطابق 2 شقة 9 المعاريف الدار البيضاء

197/199, Boulevard Bir Anzarane, Résidence El Walida 2^e étage N°9 - Casablanca 20370 Tél. : 05 22 25 26 42

INPE : 091035139 IF : 34 40 88 53 ICE : 00224592600033 PATENTE : 35801382 Email : pneumo2019.alaoui@gmail.com

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 1g

/125 mg
sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH
LOT: 621945
PER: 05/21



AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 1g

/125 mg
sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH
LOT: 621945
PER: 05/21



valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : Dr ALAOUI YAZIDI A.

Certifie que Mlle, Mme M. EL HARTI Abdellatif

Présente 1/ Symptome d'apnée Hypopnée obstructions du sommeil
2/ Génapathie manouionale sommeil

Nécessitant un traitement d'une durée de :

continue (changement de CPAP)

Professeur Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

Pneumologue - Allergologue

197/199, Bd. Bir Anzarane

Rés. El Walida 2ème Etage, n° 9

Tél: 0522 25 26 92 - Casablanca

Dont ci-joint ordonnance : 1

(à défaut noter le traitement prescrit)



091035139

Docteur Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
Professeur de Pneumologie - Allergologie

Casablanca le : 25/10/2020.

NOTE D'HONORAIRES * N° : 415

Le Docteur Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

Prie M (Mme) : EL HARTI Abdelmajid
d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires

Pour : Consultation -

S'élevant à la somme de : 1000 DHS

Professeur Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
Pneumologue - Allergologue
197/199, Bd. Bir Anzarane
Rés. El Walida, 2ème Etage, n° 9
Tél: 0522 25 26 42 - Casablanca

*Cette note d'honoraires tient lieu de facture
091035139

197/199, Boulevard Bir Anzarane, Résidence El Walida 2^e étage N°9, Casablanca 20370

Tél : +212 5 22 25 26 42 - Gsm (si urgence) : +212 6 62 33 37 39 - INPE : 091035139

G-mail : pneumo2019.alaoui@gmail.com - ICE : 002245926000033- Patente : 35801382