

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0042159

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 1084

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAYACHI LAHRACH Fatima

Date de naissance :

06/02/50

Adresse :

Ré Anfa Park Dm. A6 3^e ét. Ap A7
Casablanca

Tél. :

06 61 26 73 45 Total des frais engagés : VM Dr Aloui Yazidi Pneumo 300 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
Pneumologue - Allergologue
197/199, Bd. Bir Anzarane
Rés. El Walidia, 2^e Etage N°9
Tél: 05 22 25 26 42 - Casablanca

Mrs 129 DH

Date de consultation :



Nom et prénom du malade : LAYACHI CHAOUKI Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : 17.0 - conjoint Nature de la maladie : suspicion de SPS

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

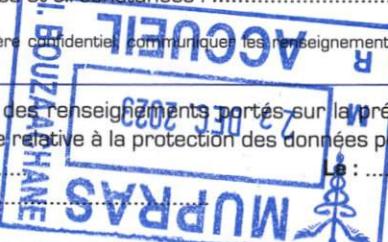
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0042159

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1084

Nom de l'adhérent(e) : Dr Aloui Yazidi Pneumo

Total des frais engagés : VM 300 DH

Date de dépôt : Mrs 129 DH

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 Rendement des Actes
11/12/2003	CD	S	300.00	Professeur Abdellatif ALAOUI Pneumologue 17/1189, Bvd El Arba RÉ : El Walidi 26 42 - Casablanca Tél : 05 22 22 26 42 - 05 22 22 26 42 091035139

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p> JL Pharmacie C.I.L BENBRAHIM Tounsi 100, Boulevard Ibn Sina Tél : 05 22 36 18 68 </p>	14/12/23	129,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

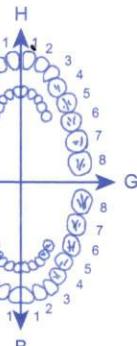
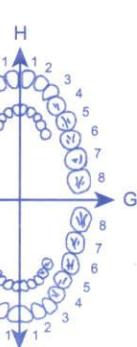
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.R.T.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE PNEUMOLOGIE - ALLERGOLOGIE

Professeur Abdelhaq Alaoui Yazidi

Casablanca le : 11/12/2023

NOTE D'HONORAIRES * N° : 513/93

Le Professeur Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

Prie M (Mme) : LAYACI CRACK,

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires

Pour : Ces malades

S'élevant à la somme de : 300 Dhs

Professeur Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
Pneumologue - Allergologue
197/199, Bd Bir Anzarane
Résidence El Walida, 2^{ème} étage N°9
Casablanca
Tél: +212 5 22 25 26 42 - Gsm (si urgence) : +212 6 62 33 37 39 - INPE : 091035139

*Cette note d'honoraires tient lieu de facture

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

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

E-mail : cabinetpryazidi@gmail.com - ICE : 002245926000033- Patente : 35801382

Docteur Abdelhaq Alaoui Yazidi

Professeur de Pneumologie

Lauréat de la Faculté
de Médecine de Montpellier
Diplôme de Pneumologie
Diplôme d'Allergologie et
Immunologie Clinique



الدكتور عبد الحق علوي يزيدي

إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسية

والحساسية

أستاذ سابق بكلية الطب ومستشفى

ابن رشد بالدار البيضاء

عميد سابق لكلية الطب بمراكش

خريج كلية الطب بمونبلييه ، فرنسا

Tests d'Allergie - Explorations Fonctionnelles Respiratoires - Pléthysmographie - Exploration du Sommeil - Bronchoscopie

11/12/2023

Casablanca le :

P.P.C : 129 DH
Lot : 04/23 | Dluo : 04/26
DS04/23

LAYACHI CHAOUKI



- A2900
- D-Stress-sommeil - Comprimé**
2 comprimés le soir. 1 boîte



Professeur **Abdelhaq ALAOUI YAZIDI**
Pneumologue Allergologue
197/199, Bd. Bir Anzarane
Rés. El Walida, 2ème Etage N°9
Tél: 05 22 25 26 42 - Casablanca
Barcode: 091035139

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	/
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0042146

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RADIOLOGIE HATHI SANTANIANA Immeuble Commercial Résidence 1000 Bd. Bd. 1000 05 22 90 10 00 Fax 05 22 93 37 13	12-12-23	Z 13	130,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
				Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'Execution

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412
21433552	00000000
B	35533411
G	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز الفحص بالأشعة
"حي الحسني - آنفا"

14/12/2023

Casablanca, le -----

Facture N° 3956/12/2023

Nom patient : LAYACHI CHAOUKI

Examen(s) réalisé(s) : RX THORAX FACE

Date Examen(s) : 14/12/2023

Montant : 130 DH

Montant Produits : 0,00 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MONTANT TOTAL :**

CENT TRENTE DIRHAMS

RADIOLOGIE HAY HASSANI ANFA
Immeuble Communal Route d'Azemour
Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07
Fax : 05 22 93 37 13

10, Imm. Communal. Angle route d'Azemour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - IF : 2221555 - ICE : 001686337000022



Dr. O. Mami

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

14/12/2023

PATIENT : Mr.LAYACHI CHAOUKI
EXAMEN(s) REALISE(s) : RX THORAX FACE

Cher Docteur,
Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

Rx THORAX FACE

- ❖ Silhouette cardio-médiastinale d'allure normale.
- ❖ Absence d'anomalie hilaire.
- ❖ Absence d'anomalie parenchymateuse pulmonaire.
- ❖ Epanchement pleural, liquidiens droit, sous pulmonaire.

AU TOTAL

Pleurésie droite, de faible abondance, à confronter au données cliniques et aux données échographiques.

Confraternellement
DR N.FARIS

N
V

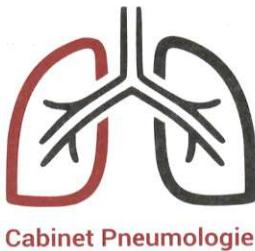
RADIO PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISE

DOPPLER COULEUR MATERIEL

Docteur Abdelhaq Alaoui Yazidi

Professeur de Pneumologie

Lauréat de la Faculté
de Médecine de Montpellier
Diplôme de Pneumologie
Diplôme d'Allergologie et
Immunologie Clinique



الدكتور عبد الحق علوي يزيدي

إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
والحساسية
أستاذ سابق بكلية الطب ومستشفى
ابن رشد بالدار البيضاء
عميد سابق لكلية الطب بمراكش
خريج كلية الطب بمونبلييه ، فرنسا

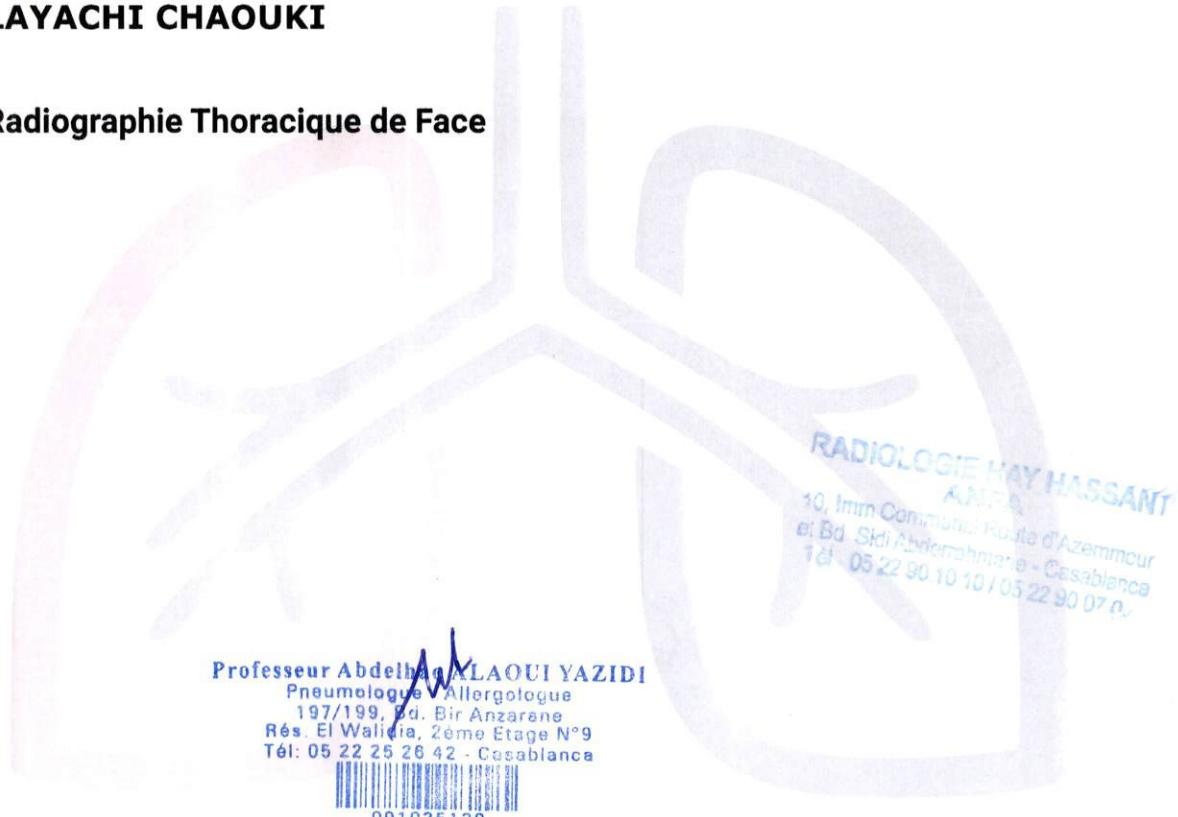
Tests d'Allergie - Explorations Fonctionnelles Respiratoires - Pléthysmographie - Exploration du Sommeil - Bronchoscopie

11/12/2023

Casablanca le :

LAYACHI CHAOUKI

Radiographie Thoracique de Face



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

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

INPE : 001035139 IF : 34 40 88 53 ICE : 002245926000033 PATENTE : 35801382 Email : pneumo2019.alaoui@gmail.com