

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

- 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

M22- 0042159

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1084

Société : 187762

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAYACHI LAHRACH Fatima

Date de naissance : 06/02/50

Adresse : Rte Anfa Park Dm. A6 3e et Ap A7 Casablanca

Tél. : 0661267345

Total des frais engagés : VM Dr Alaoui Yazidi

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LAYACHI CHAOUKI

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 1270 - Longévité - syndrome 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 : / /

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 Alaoui Yazidi

Total des frais engagés : VM 3001A

Date de dépôt : MS 129 04

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
11/12/23	C5	5	300,00	Professeur Abdelhak El Walid Pneumologue 100, Boulevard Ibn Sina Rég. E. Walid. 2ème Etage Tél: 05 22 25 26 42 - Casablanca 091035139

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BENBRAHIM Tounsi 100, Boulevard Ibn Sina Tél: 05 22 36 18 68 - Casablanca	11/12/23	129,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

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'0.9

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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

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° : 513/92

Le Professeur Abdelhaq ALAOUY YAZIDI

Prie M (Mme) : 20YACH; CRACH.

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

Pour : con infatu

S'élevant à la somme de : 300 Dhs

Professeur **Abdelhaq ALAOUY YAZIDI**
Pneumologue - Allergologue

197/199, Bd Bir Anzarane
El Walida, 2ème Etage N°9
Casablanca

Tél: 05 22 25 26 42



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

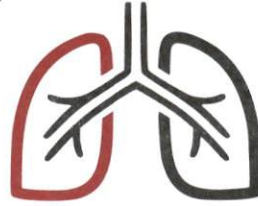
Lauréat de la Faculté

de Médecine de Montpellier

Diplôme de Pneumologie

Diplôme d'Allergologie et

Immunologie Clinique



Cabinet Pneumologie

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 بمونبيليه ، فرنسا

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

Casablanca le :

11/12/2023

P.P.C : 129 DH
Lot :
DSS04/23 04/26

LAYACHI CHAOUKI



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

صيدلية سيدي
Pharmacie C.D.L
BENABRAHIM Touria
180, Boulevard Ibn Sina
Tél : 05 22 35 19 88 - Casa

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



091035139

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 : 002245926000033 PATENTE : 35801382 Email : pneumo2019.alaoui@gmail.com

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0042146

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ 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 : Age:

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

Nature de la maladie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

VOLET ADHERENT

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 :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14.12.23	2 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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

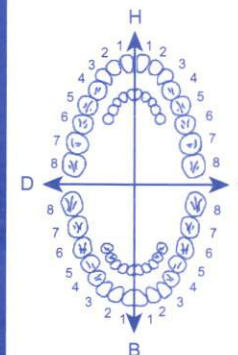
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

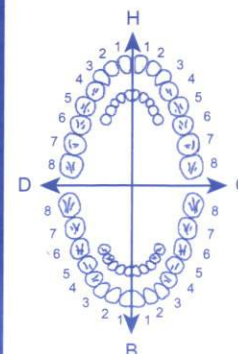
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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'Azemmour
Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
el 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07
Fax 05 22 93 37 13



Dr. O. Alami

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,
Jé 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, liquidien droit, sous pulmonaire.

AU TOTAL

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

Confraternellement
DR N. FARIS

V N

Docteur Abdelhaq Alaoui Yazidi

Professeur de Pneumologie

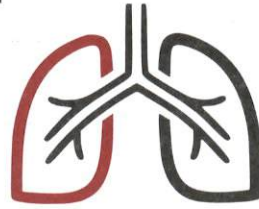
Lauréat de la Faculté

de Médecine de Montpellier

Diplôme de Pneumologie

Diplôme d'Allergologie et

Immunologie Clinique



Cabinet Pneumologie

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 بمونبيلييه ، فرنسا

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

Casablanca le :

11/12/2023

LAYACHI CHAOUKI

Radiographie Thoracique de Face

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



RADIOLOGIE HAY HASSANT
ANP
10, Imn Comptant Route d'Azemmour
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél: 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

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

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

INDE : 091035139 IF : 34 40 88 53 ICE : 002245926000033 PATENTE : 35801382 Email : pneumo2019.alaoui@gmail.com