

# 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 060123

152 21252

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02414 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HIYAJ ABDELLATIF

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0663249977 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 :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCU

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) : ACCUEIL



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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											
				Montant des soins											
				Début d'exécution											
				Fin d'exécution											
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
	H														
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
G															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis												
			Fin d'exécution												

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM: <u>H. Yaj Abdellatif</u>	Mle <u>02414</u>
DECLARATION N° <b>P 17 / 0066007</b>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<u>#1946, 90dhs</u>	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

Maladie chronique



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

P 17 / 0066007

DATE DE DEP

/ / 20

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <u>02414</u>														
Nom & Prénom <u>H. Yaj Abdellatif</u>																
Fonction <u>Retraite</u>	Phones <u>0663249977</u>															
Mail <u>ahijaj54@gmail.com</u>																
MEDECIN	Prénom du patient <u>H. Yaj Abdellatif</u>															
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>66ans</u>	Date <u>12-2-2020</u>														
Nature de la maladie <u>HTA sévère</u>		Date 1ère visite														
<u>précordiale</u>																
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																
<table border="1"> <tr> <th>Nature des actes</th> <th>Nbre de Coefficient</th> <th>Montant détaillé des honoraires</th> </tr> <tr> <td><u>CSTC</u></td> <td><u>1</u></td> <td><u>6302dh</u></td> </tr> </table>			Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	<u>CSTC</u>	<u>1</u>	<u>6302dh</u>								
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires														
<u>CSTC</u>	<u>1</u>	<u>6302dh</u>														
PHARMACIE	Date <u>12-2-2020</u>															
Montant de la facture	<u>646.90</u>															
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date														
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires															
CACHET																
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date														
<table border="1"> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						CACHET
Nombre				Montant détaillé des Honoraires												
AM	PC	IM	IV													



# Cabinet de cardiologie et d'exploration cardio-vasculaire

Dr. CHIBANI Mostafa

CARDIOLOGUE

Ex Enseignant à la faculté de médecine de Casablanca  
Et à l'Hôpital Averroes

Echographie Doppler du Cœur des Artères et des Veines  
Réadaptation Cardio-Vasculaire

Epreuve D'Effort

Holter Tensionnel et ECG

Attaché au centre Hôpitalo Universitaire de BORDEAUX

Membre de la société EUROPEENNE de Cardiologie

Membre de la société Française de Cardiologie.

الدكتور شيباني مصطفى

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

أستاذ سابق بكلية الطب و الصيدلة

مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء-

معلق بالمركز الاستشفائي الجامعي ببوردو

عضو الجمعية الأوروبية لأمراض القلب و الشرايين

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب و الشرايين

Casablanca, le 12 FEB 2020

## ORDONNANCE MEDICALE

Nom : HIYAJ

Prénom : Abdellatif

Régime peu sodé,

Activité physique régulière modérée

125.00 x 3

GM: 97.70 PM: 45.60

1- COANGINIB : 1cp/j le matin

2- AMEP 5 mg : 1cp/j le soir

3- D CURE FORT : 1amp à boire chaque mois ( x 5 mois)

646.90

TRAITEMENT A SUIVRE REGULIEREMENT  
ET A RENOUVELER SELON LES BESOINS  
PENDANT UNE PERIODE DE 3 MOIS

Dr. CHIBANI MOSTAFA  
CARDIOLOGUE  
231, Bd. Bir Anzarane, Quartier Maârif, Casablanca  
Tél: 0522 22 66 66 / 0522 22 66 64  
E-mail: mostafachibani@gmail.com  
ICE: 001668263000013

231, Bd Bir Anzarane, Quartier Maârif, Casablanca.  
T. C. : 0522-22-66-66/65 FAX : 0522-22-66-64, en cas d'urgence appelez le 0661 14 78 94  
E-mail : [cabinet\\_drchibani@live.fr](mailto:cabinet_drchibani@live.fr)  
ICE : 001668263000013

49.40

LOT 190540  
EXP 03/2022  
PPV 97.70DH

LOT 191364  
EXP 07/2022  
PPV 25.60DH

PPV: 49.60 DH  
LOT: 19102/8  
EXP: 12/2022

PPV: 49.60 DH  
LOT: 19102/8  
EXP: 12/2022

LOT: 234  
PER: AUT 2021  
PPV: 125 DH 00

LOT: 234  
PER: AUT 2021  
PPV: 125 DH 00

LOT: 238  
PER: AUT 2021  
PPV: 125 DH 00

☒ valable 3 mois

Le 12/02/2020

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒**

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

Je soussigné : Dr CHIBANE Bent

Certifie que Mlle, Mme, M. : Dr HIGAS Abdelhak

Présente une HTA névros

Nécessitant un traitement d'une durée de : trois mois renouvelable

Dont ci-joint ordonnance : du 12-2-2020

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENAÏDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

**DR. HIGAS MOSTAFA**  
Généraliste  
Casablanca, Qt. Maârif  
Tél : 0522 22 78 14  
Fax : 0522 22 78 15  
Email : [higasm@rednet.ma](mailto:higasm@rednet.ma)

# Cabinet de cardiologie et d'exploration cardio-vasculaire

Dr. CHIBANI Mostafa

CARDIOLOGUE

Ex Enseignant à la faculté de médecine de Casablanca  
Et à l'Hôpital Averroes

Echographie Doppler du Cœur des Artères et des Veines

Réadaptation Cardio-Vasculaire

Epreuve D'Effort

Holter Tensionnel et ECG

Attaché au centre Hôpitalo Universitaire de BORDEAUX

Membre de la société EUROPEENNE de Cardiologie

Membre de la société Française de Cardiologie.

الدكتور شيباني مصطفى

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

أستاذ سابقا بكلية الطب و الصيدلة

مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء -

ملحق بالمركز الاستشفائي الجامعي ببوردو

عضو الجمعية الأوروبية لأمراض القلب و الشرايين

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب و الشرايين

Casablanca, le 12-02-2020

## NOTE D'HONORAIRE

Nom : HIYAJ

Prénom : Abdellatif

### EXAMEN

\* Cs +ECG K(16)

\*Echocardi Doppler couleur K(100)

### MONTANT

300 DH

1000 DH

\* TOTAL :

1300 DH

Arrêté la présente note d'honoraire à la somme de :

« Mille trois cent dirhams »

Dr. CHIBANI MOSTAFA  
CARDIOLOGUE  
231, Bd. Bir Anzarane, Quartier Maârif  
Tél: 0522-22-66-66/65 - Fax: 0522-22-66-64  
E-mail: mostachibani@gmail.com  
ICE: 001668263000013

231, Bd Bir Anzarane. Quartier Maârif. Casablanca.

IF : 420004000-CNSS : 2362226- TP : 35800281- ICE : 001668263000013

☎. C. : 0522-22-66-66/65 FAX : 0522-22-66-64, en cas d'urgence appelez le 0661 14 78 94



# Cabinet de cardiologie et d'exploration cardio-vasculaire.

Dr. CHIBANI MOSTAFA

CARDIOLOGUE

Ex. Enseignant à la faculté de médecine de Casablanca et à l'hôpital Averroes

Echographie Doppler du Cœur, des Artères et des Veines

Réadaptation cardio-vasculaire, Epreuve d'effort et Holter tensionnel et ECG

## ECHOCARDIO-DOPPLER COULEUR

Date : 12-02-2020

Méd/Demandeur :

Dr.M.CHIBANI

Méd./Exécuteur :

Dr .M.CHIBANI

Nom : HIYAJ

Age :

64 ans

Prénom Abdelatif

Sexe :

M

Motif d'examen

HTA sévère, précordialgies

<b>Aorte</b>	Diamètre :	29	mm	V max :	m/s
	Ouverture	20	mm	Gradient max :	mmHg
				Gradient moyen	mmHg
<b>O. G. :</b>	Diamètre :	33	mm		
<b>Mitrale :</b>	G. V. M.:			V max :	m/s
	P. V. M.:			Gradient max :	mmHg
	A. S. V. :	Normal.		Gradient moyen:	mmHg
	A / E	>1		Surface Mitrale :	Planimétrie : cm <sup>2</sup>
				Doppler :	cm <sup>2</sup>
<b>V. G. :</b>	DTD :	49	mm	DTS :	28 mm
	S. I. V. d:	12	mm	P.P. d:	10 mm
	% R/VG	42	%	FE :	72 %
<b>V. D. :</b>			mm		
<b>Tricuspide :</b>	normale.				
<b>Pulmonaire :</b>	normale.				
<b>Péricarde :</b>	sec et fin.				

### COMMENTAIRE :

Les sigmoïdes aortiques ont une échostructure normale, leur ouverture est normale.

L'aorte ascendante est légèrement dilatée.

L'oreillette gauche a des dimensions normales.

Les valves mitrales ont une échostructure normale.

Hypertrophie légère concentrique du ventricule gauche.

Bonne cinétique globale et segmentaire du ventricule gauche.

Bonne fonction du ventricule gauche

Les dimensions des cavités cardiaques droites sont normales.

Les valves tricuspides ont une échostructure normale.

Les valves pulmonaires ont une échostructure normale.

Le péricarde est sec et fin.

### Doppler :

- Flux mitral :  $A/E > 1$ , insuffisance mitrale minime.

- Flux aortique : normal

- Flux tricuspide : normal.

- Flux pulmonaire : normal.

### AU TOTAL :

L'exploration Echocardiographie Doppler est compatible avec une cardiopathie hypertensive.

A noter insuffisance mitrale minime.

Bonne fonction du ventricule gauche.

Dr. CHIBANI MOSTAFA  
CARDIOLOGUE  
231, Bd. Bir Anzarane, Qt. Maârif  
Casablanca  
Tél: 0522 22 66 66/65 - Fax: 0522 22 66 64  
E-mail: mustchibani@gmail.com  
ICE 00166846/000013

231, Bd Bir Anzarane, Quartier Maârif. Casablanca.

T. C. : 0522 22-66-66/65 FAX : 0522 22-66-64

HIYAJ, ABDELLATIF

ID:

D-naïss:

0ans,

12-Fév-2020 11:33:12

Fréq.Resp: 76 BPM

Int PR: 181 ms

Dur.QRS: 98 ms

QT/QTc: 373 / 404 ms

Axes P-R-T: 63 -8 57

RYTHME SINUSAL

ANOMALIES NON SPECIFIQUES DU SEGMENT ST ET DE L'ONDE T

ECG ANORMAL

