

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.

adiologie 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.

éducation :

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

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.



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 026114

Société :

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : HIYAJ

Autre :

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 : / /

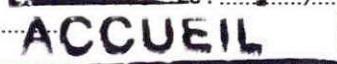
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : / /

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) : / /



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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
DROITE	GAUCHE			
11 12 13 14 15 16 17 18	21 22 23 24 25 26 27 28			
HAUT				
48 47 46 45 44 43	38 37 36 35 34 33			
BAS				
42 41 31 32	32 33 34 35 36 37			

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		
DROITE	GAUCHE	H		
12 13 14 15 16 17 18	22 23 24 25 26 27 28	25533412 00000000	21433552 00000000	
HAUT		D	G	
48 47 46 45 44 43	38 37 36 35 34 33	00000000 35533411	00000000 11433553	
BAS				
42 41 31 32	32 33 34 35 36 37			

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Signature et cachet du praticien		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution	
----------------------------------	--	--	--

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle 02414.
----------------	-------	------------

DECLARATION N° P 17 / 0066007



Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

#1946,90dhs

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 -		DATE DE DEP	
MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		P 17 / 0066007	1... 120...
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 02414	
Nom & Prénom : Hiyaj Abdellatif		Signé par l'adhérent	
Fonction : Retraite	Phones : 0663249977		
Mail : hiyaj54@gmail.com			
MEDECIN	Prénom du patient : Hiyaj Abdellatif		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age : 66 ans
Nature de la maladie : HTA sévère Précordiale		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes : Crise de tension artérielle	Nbre de Coefficient : 15	Montant détaillé des honoraires : 3000 DT	
Date du devis : 19/02/2010		PHARMACIE Date : 19/02/2010	
Montant de la facture : 646.90		Montant détaillé des Honoraires : CACHET	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :		CACHET	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires : CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :		CACHET	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires : CACHET	
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 Averroès

Echographie Doppler du Coeur 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

احتفاقي في أمراض القلب والشرايين

أستاذ سابقا بكلية الطب والصيدلة

مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء -

ملحق بالمركز الاستشفائي الجامعي ببوردو

عضو الجمعية الأوروبية لأمراض القلب والشرايين

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب والشرايين

Casablanca, le 12 FEB 2020

ORDONNANCE MEDICALE

Nom : HIYAJ

Prénom : Abdellatif

49,40

LOT 190540
EXP 03/2022
PPV 97.70DH

LOT 191364
EXP 07/2022
PPV 25.60DH

PPV: 49,60 DH
LOT: 19L02/B
EXP: 12/2022

PPV: 49,60 DH
LOT: 19L02/B
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

Régime peu sodé,
Activité physique régulière modérée

195.00 x 3

- GM: 97.70 PM: 49.60
MM: 49.40
49.60 x 2
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
231, Bd Bir Anzarane Quartier Maârif
Tél: 0522 22 66 65 / 0522 22 66 64
E-mail: cabinet_drchibani@live.fr
ICE: 001668263000013

231, Bd Bir Anzarane. Quartier Maârif. Casablanca.
C. : 0522-22-66-65 FAX : 0522-22-66-64, en cas d'urgence appelez le 0661 14 78 94
E-mail : cabinet_drchibani@live.fr
ICE : 001668263000013

valable 3 mois

Le R / 20 / 20

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Dr CHIBANI Mostafa

Certifie que Mlle, Mme, M. :

M HIGA Abdellatif

Présente

des HTA sévères

Nécessitant un traitement d'une durée de :

des mois sans relapse

Dont ci-joint ordonnance :

d-12-2005

(à défaut noter le traitement prescrit)

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



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 Averroès

Echographie Doppler du Coeur 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 والشرايين

أستاذ سابق بكلية الطب والصيدلة

مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء -

ملحق بالمركز الاستشفائي الجامعي ببوردو

عضو الجمعية الأوروبية لأمراض القلب والشرايين

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب والشرايين

Casablanca, le 12-02-2020

NOTE D'HONORAIRE

Nom : HIYAJ

Prénom : Abdellatif

EXAMEN

* Cs +ECG K(16)

*Echocardiodoppler 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 »



231, Bd Bir Anzarane. Quartier Maârif. Casablanca.

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

T. 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 Averroès

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

Aorte	Diamètre :	29 mm	V max :	m/s
	Ouverture	20 mm	Gradient max :	mmHg
			Gradient moyen	mmHg
O. G. :	Diamètre :	33 mm		
Mitrale :	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 ²
V. G. :	DTD :	49 mm	DTG :	28 mm
	S. I. V. d:	12 mm	P.P. d:	10 mm
	% R/VG	42 %	F E :	72 %
V. D. :		mm		Doppler : cm ²
Tricuspidé :	normale.			
Pulmonaire :	normale.			
Péricarde :	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 kinétique 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 tricuspidien : 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, Quartier Maârif
Casablanca
Tél:0522 22-66-66/65-Fax:0522 22-66-64
E-mail: mustchibani@gmail.com
ICE: 00166826/000013

231, Bd Bir Anzarane, Quartier Maârif. Casablanca.

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

HIAJ, ABDELLATIF

ID:

D-naisse:

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

