

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

Maladie Chronique Déclaration de Maladie

N° W21-655600

125 826

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02414 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : ABDELLATIF

Nom & Prénom : HIYAG

Date de naissance : 08/09/1954

Adresse : Sidi Maarouf 4, Rue 18, Nr 105, Casablanca - EL FIDA 20520

Tél. : 0663 249977 Total des frais engagés : # 3029,00 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D. CHIBANI MOSTAFA
CARDIOLOGUE
231, Bd. Bir Anzarane, Qt. Maarouf
Casablanca
Tél: 0522 22 66 66/65-Fax: 0522 22 66 64
E-mail: mostachibani@gmail.com
ICE: 007662263000013

Date de consultation : 09-08-2022

Nom et prénom du malade : HIYAG Abdelatif Age :

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

Nature de la maladie : HTA sévère, Vertiges

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 : 09/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
09/08/22	Ky	1000	1000	INP : 09/08/22
09/08/22	Supplémentaire	1000	1000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie B. Lamoune AMOUNI ALAOUI Faical	09/08/22	1629,00
Sidi Aarouf IV N°. 12 Angle Rue 50 et 1		
Tel : 05 22 28 14 24 - Casablanca		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	INP : <input type="text"/>																					
				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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Epreuves 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

الطبيب في أمراض القلب و الشرايين

أستاذ سابقا بكلية الطب و الصيدلة

مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء -

ملحق بالمركز الإستشفائي الجامعي ببوركو

عضو الجمعية الأوروبية لأمراض القلب و الشرايين

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب و الشرايين

Casablanca, le 09-08-2022.

ORDONNANCE MEDICALE

Nom : HIYAJ

Prénom : Abdellatif

Régime sans sel

- 1- ANGINIB 100 mg : 1cp/j le matin
- 2- IPERTEN 20 mg : ½ cp/j le soir
- 3- XEDILOL 25mg : ½ cp/j le matin

748,00 X 6
752,00 X 3
95,00 X 3

1629,00

TRAITEMENT A SUIVRE REGULIEREMENT
ET A RENOUVELER SELON LES BESOINS
PENDANT UNE PERIODE DE 6 MOIS

Signature of Dr. Chibani Mostafa

231, Bd Bir Anzarane. Maârif. Casablanca.

T. C. : 0522-22-66-66/65 FAX : 0522-22-66-64, en cas d'urgence appelez le 061 14 78 94

E-mail : cabinet_drchibani@live.fr

ICE : 001668263000013

LOT 220595 1
EXP 02 2026
PPV 95.00 DH

XEDILOL® 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N° 21519/DMP/21/NRODNM
6 118000 021773

XEDILOL® 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N° 21519/DMP/21/NRODNM
6 118000 021773

XEDILOL® 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N° 21519/DMP/21/NRODNM
LOT 220595 1
EXP 02 2026
PPV 95.00 DH
عن طريق

9500

P.P.V. 152DH00
Distribué par PROMOPHARM S.A.

6 118001 260287

P.P.V. 152DH00
Distribué par PROMOPHARM S.A.

6 118001 260287

P.P.V. 152DH00
Distribué par PROMOPHARM S.A.

6 118001 260287

ANGINIB 100mg
30 Comprimés pelliculés
LOT: 086
PER: JAN 2025
PPV: 148 DH 00
6 118000 051176

ANGINIB 100mg
30 Comprimés pelliculés
LOT: 086
PER: JAN 2025
PPV: 148 DH 00

ANGINIB 100mg
30 Comprimés pelliculés
LOT: 086
PER: JAN 2025
PPV: 148 DH 00
6 118000 051176

ANGINIB 100mg
30 Comprimés pelliculés
LOT: 086
PER: JAN 2025
PPV: 148 DH 00

ANGINIB 100mg
30 Comprimés pelliculés
LOT: 086
PER: JAN 2025
PPV: 148 DH 00
6 118000 051176

ANGINIB 100mg
30 Comprimés pelliculés
LOT: 086
PER: JAN 2025
PPV: 148 DH 00

ANGINIB 100mg
30 Comprimés pelliculés
LOT: 086
PER: JAN 2025
PPV: 148 DH 00
6 118000 051176

ANGINIB 100mg
30 Comprimés pelliculés
LOT: 086
PER: JAN 2025
PPV: 148 DH 00
6 118000 051176

ANGINIB 100mg
30 Comprimés pelliculés
LOT: 086
PER: JAN 2025
PPV: 148 DH 00
6 118000 051176

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

ECHOGRAPHIE-DOPPLER COULEUR DES TRONCS SUPRA AORTIQUE

Date : 09-08-2022

Méd/Demandeur :

Dr.M.CHIBANI

Nom : HIYAJ

Age :

68ans

Prénom Abdelatif

Sexe :

M

Motif d'examen :

HTA sévère, vertiges

Les artères sous clavières droite et gauche ont des flux normaux.

* L'exploration des artères carotides, allant du tronc artériel brachio-céphalique à droite et de la crosse aortique à gauche, jusqu'aux portions endocrâniennes des artères carotides internes (droite et gauche), objective : des parois artérielles carotidiennes primitives, internes et externes (droites et gauches) régulières et homogènes. Epaisseur intima-média : 0,80 mm

* L'exploration echodoppler des artères vertébrales objective : des parois artérielles vertébrales régulières homogènes, sans surcharge athéromateuse évidente.

Il n'y a pas de signe en faveur d'un anévrisme ni en faveur d'une dissection artérielle.

Les courbes vélocimétriques carotidiennes internes (Vmax : 0,60m/s, IR : 0,70) et externes droites et gauches sont satisfaisantes.

Il n'y a pas de signe en faveur d'une thrombose ou d'une sténose hémodynamiquement significative.

Absence de stigmates en faveur d'une inflammation artérielle.

Les branches de l'artère ophtalmique ont un flux normal et positif aussi bien du côté droit que du côté gauche.

AU TOTAL :

L'exploration échographie doppler des artères carotidiennes et vertébrales, dans leurs portions exocrâniennes est dans les limites de la normale.

Il n'y a pas de signe en faveur d'un anévrisme ni en faveur d'une dissection artérielle.

Les artères vertébrales sont libres.

Les artères ophtalmiques droite et gauche, sont perméables, bien perfusées

231, Bd BirAnzarane, Quartier Maârif. Casablanca.

T. C. : 022 22-66-66/65 FAX : 022 22-66-64

DR. CHIBANI MOSTAFA
CARDIOLOGUE
231, Bd BirAnzarane, Quartier Maârif
Casablanca
Tél : 022 22 66 66 / 65
Fax : 022 22 66 64
E-mail : mchibani@orange.ma
ICE : 00166626300000

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 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 و الشرايين

أستاذ سابقا بكلية الطب و الصيدلة

مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء -

ملحق بالمركز الإقليمي الجامعي ببورديو

عضو الجمعية الأوروبية لأمراض القلب و الشرايين

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب و الشرايين

Casablanca, le 09-08-2022

NOTE D'HONORAIRE

Nom : HIYAJ

Prénom : Abdellatif

EXAMEN

*** Cs +ECG K(16)**

***Echodoppler des troncs supra aortiques K(100)**

MONTANT

400 DH

1000 DH

*** TOTAL :**

1400 DH

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

« Mille quatre cent dirhams »

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

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

HIYAJ, ABDELLATIF

ID:

D-naiss:

0ans,

09-Aug-2022 10:57:51

Fréq.Resp: 67 BPM

Int PR: 185 ms

Dur.QRS: 99 ms

QT/QTc: 386 / 401 ms

Axes P-R-T: 62 -14 46

RYTHME SINUSAL

ANOMALIE NON SPECIFIQUE DE L'ONDE T

ECG ANORMAL

