

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
- 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

N° W21-655606

146478

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Royal Air Maroc

Matricule : 02414 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Abdellatif

Nom & Prénom : Hiyyag

Date de naissance : 08 Sept. 1954

Adresse : Sidi Maagrouf, Rue 18, Neo 705, Casablanca 20520

Tél. : 0663249977 Total des frais engagés : #3149,60# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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: 00166826300003

Date de consultation : 23/10/2023

Nom et prénom du malade : Hiyyag Abdellatif Age : 69

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

Nature de la maladie : HTA précardiologique

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 : 23/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
23/1/23	3 g + Ecb (g)	1/6	400 dh	INP : 019 110 007 46
23/1/23	Ecb + Conduite double	1/6	1000 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie Ibn Elmillo</p> <p>MAMOUNI ALAOUI Faïca</p> <p>12 Angle Rue 50 et 1</p> <p>Tél : 05 22 28 14 24 - Casablanca</p>	23.1/123	1749,60

[illegible]

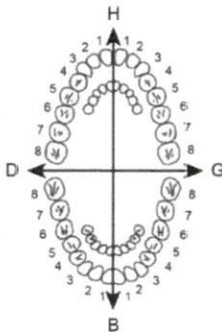
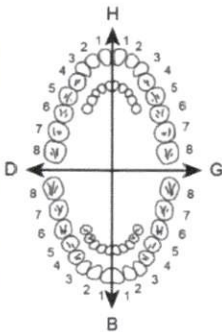
		AUXILIAIRES MEDICAUX				
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	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"/>														
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				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

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

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 23-01-2023

ORDONNANCE MEDICALE

Nom : HIYAJ

Prénom : Abdelatif

Régime sans sel,

- 1- ANGINIB 100mg : 1cp/j le matin
- 2- IPERTEN 20mg : ½ cp le soir
- 3- CARDIX 25mg : ½ cp/j le matin
- 4- D CURE FORT 100000 : 1amp à boire chaque mois (x 3 mois)

147,00 X6
152,00 X3
89,00 X4
49,60

Total = 1749,60

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

Pharmacie Bin Lamdoune

MAMOUN ALAOU Faical

Sidi Maarouf IV N°, 12 Angle Rue 50 et 1
Tél : 05 22 22 14 24 - Casablanca

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

Dr. CHIBANI MOSTAFA
CARDIOLOGUE
231, Bd. Bir Anzarane, Dr. Maarif
Tél: 0522 22 66 65
E-mail: mustafa.chibani@gmail.com
ICE: 001668263000013

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

أنجينيبي[®] 100 مغ

لوزرتان

ANGINIB 100mg

30 Comprimés pelliculés ○



6 118000 051176

30 قرصا
ملبسا



معهد الصيدلة

LOT : 093

PER : AUT 2025

PPV : 148 DH 00

أنجينيبي[®] 100 مغ

لوزرتان

ANGINIB 100mg

30 Comprimés pelliculés ○



6 118000 051176

30 قرصا
ملبسا



معهد الصيدلة

LOT : 093

PER : AUT 2025

PPV : 148 DH 00

أنجينيبي[®] 100 مغ

لوزرتان

ANGINIB 100mg

30 Comprimés pelliculés ○



6 118000 051176

30 قرصا
ملبسا



معهد الصيدلة

LOT : 093

PER : AUT 2025

PPV : 148 DH 00

أنجينيبي[®] 100 مغ

لوزرتان

ANGINIB 100mg

30 Comprimés pelliculés ○



6 118000 051176

30 قرصا
ملبسا



معهد الصيدلة

LOT : 093

PER : AUT 2025

PPV : 148 DH 00

أنجينيبي[®] 100 مغ

لوزرتان

ANGINIB 100mg

30 Comprimés pelliculés ○



6 118000 051176

30 قرصا
ملبسا



معهد الصيدلة

LOT : 093

PER : AUT 2025

PPV : 148 DH 00

أنجينيبي[®] 100 مغ

لوزرتان

ANGINIB 100mg

30 Comprimés pelliculés ○



6 118000 051176

30 قرصا
ملبسا



معهد الصيدلة

LOT : 093

PER : AUT 2025

PPV : 148 DH 00

P.P.V. 152DH00

Distribué par PROMOPHARM S.A.

هيدروكلوريد الالبتين
28 قرص عن طريق الفم

20 مغ
ألبيتين



P.P.V. 152DH00

Distribué par PROMOPHARM S.A.

هيدروكلوريد الالبتستين
28 قرص عن طريق الفم

20 مغ
ألبتستين



P.P.V. 152DH00

Distribué par PROMOPHARM S.A.

هيدروكلوريد الالبتستين
28 قرص عن طريق الفم

20 مغ
ألبتستين



CARDIX[®] 25mg

Carvédilol

28 Comprimés

LOT: 388
PER: AVR 2025
PPV: 89 DH 00

CARDIX[®] 25mg
28 Comprimés ○



6 118000 050582



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

CARDIX[®] 25mg

Carvédilol

28 Comprimés

LOT: 388
PER: AVR 2025
PPV: 89 DH 00

CARDIX[®] 25mg
28 Comprimés ○



6 118000 050582



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

CARDIX[®] 25mg

Carvédilol

28 Comprimés

LOT: 388
PER: AVR 2025
PPV: 89 DH 00

CARDIX[®] 25mg
28 Comprimés ○



6 118000 050582



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

CARDIX[®] 25mg

Carvédilol

28 Comprimés

LOT: 388
PER: AVR 2025
PPV: 89 DH 00

CARDIX[®] 25mg
28 Comprimés ○



6 118000 050582



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

EXP: 09/2025

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



100 000 جزیقاسیجول D3 یقیقا

Fabrique par :  **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.

39 rue du Parc Industriel,

B-6900 MARCHÉ-EN-FAMENNE, Belgique.



Pharmaceuticals

٥٠٠

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 بالمركزالإستشفاني الجامعي ببوردو

عضو الجمعية الأوروبية لأمراض القلب و الشرايين

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب و الشرايين

Casablanca, le 23-01-2023

NOTE D'HONORAIRE

Nom : HIYAJ

Prénom : Abdelatif

EXAMEN

* Cs +ECG K(16)

*Echocardi Doppler couleur K(100)

MONTANT

400 DH

1000 DH

* TOTAL :

1400 DH

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

« Mille quatre cent dirhams »

Dr. CHIBANI MOSTAFA
CARDIOLOGUE
231, Bd. Bir Anzarane, Qt. Maârif
Tel: 0522 22 66 66-65 Fax: 0522 22 66 64
E-mail: mustchibani@gmail.com
ICE: 00166826300013

231, Bd Bir Anzarane. Quartier Maârif. Casablanca.

IF : 420004000-CNSS : 2362226- TP : 35800281- ICE : 00166826300013

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