

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

- Reclamation : 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° W21-610102

467952

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6438 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FASSI FIKRI YOUNOUS

Date de naissance : 17-01-64

Adresse : L'ISSAÏ RABIA F SIDI ABDELLAH

Tél. : 0661142163 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. CHIBANI MOSTAFA**
CARDIOLOGUE
231, Bd. Bir Anzarane, Qt. Maarif
Casablanca
Tél: 05 22 22 66 66 Fax: 05 22 22 66 64
mailto:mostachibani@gmail.com
12 621 58 26 30 00 013

Date de consultation : 17-11-2023

Nom et prénom du malade : FASSI FIKRI YOUNOUS Age :

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

Nature de la maladie : Intolérance

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 : 17 / 11 / 23

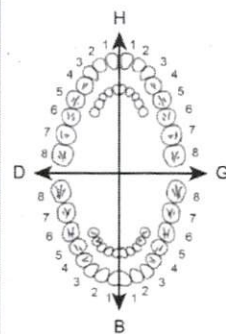
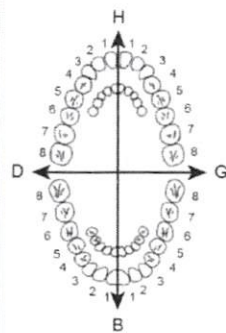
Signature de l'adhérent(e) :

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
17.1.2015	Ex	1	1200K	INP : 0915011111 D. CHIBANI M.D. 24 Bd. Dr. H. Zarganeh Tél: 0522 22 22 66 Fax: 0522 22 22 66 E-mail: dchibani@univ-bordj.dz
17.1.2015	Halt	1	1200K	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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			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"/>														
	<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>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
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, Epreuve d'effort et Holter tensionnel et ECG*

HOLTER TENSIONNEL

-----0-----

Date :	18-01-2023	Méd/Demandeur	DR.M.CHIBANI
Nom :	FASSI FIIHRI	Sexe :	M
Prénom :	Younes	Age :	56 ans
Début surveillance	17-01-2023 à 14h :30	Fin surveillance :	18-01-2023 à 14h :30
Durée totale	24h :00	Nombre de mesures :	51
% succès	96		

Compte rendu de l'enregistrement

- *La charge tensionnelle moyenne de 24 h est de 123/78mmHg.
- *La charge tensionnelle moyenne diurne est de 125/81 mmHg.
- *La charge tensionnelle moyenne nocturne est de 110/69mmHg.
- *La fréquence cardiaque moyenne est de 76bpm.
- * 0% des mesures artérielles systoliques diurnes sont > à 160mmHg.
- * 0% des mesures artérielles diastoliques diurnes sont > à 95 mmHg.
- * 2% des mesures artérielles systoliques diurnes sont>à 140mmHg.
- * 2 % des mesures artérielles diastoliques diurnes sont > à 90mmHg.
- * 22% des mesures artérielles systoliques nocturnes sont >à 120mmHg.
- * 0% des mesures artérielles diastoliques nocturnes sont >à 80 mmHg.
- *La pression artérielle systolique la plus élevée est de 143mmHg
enregistrée à 13h : 48 mn avec une fréquence cardiaque à 74 bpm.
- * La pression artérielle diastolique la plus élevée est de 92mmHg
enregistrée à 13 h : 48 mn avec une fréquence cardiaque à 74 bpm.
- *La variabilité tensionnelle de 24heures sans aucun traitement , est dans les limites de la normale durant l'éveil et le sommeil.
TA moyenne de 24h : 122/79mmHg.
Fréquence cardiaque moyenne : 79 bpm
- *Le cycle nyctéméral est conservé.
Patient dipper.

Dr. CHIBANI MOSTAFA
CARDIOLOGUE
231, Bd. Bir Anzarane, Qt. Maarif
Casablanca
Tél: 0522 22 66 66-66-65 Fax: 0522 22 66 64
E-mail: mustchibani@gmail.com
ICE: 0522 668 2630 nono

231, Bd Bir Anzarane, Quartier Maarif, Casablanca.

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

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-

معلق بالمركز الإقليمي الجامعي ببورديو

عضو الجمعية الأوروبية لأمراض القلب و الشرايين

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب و الشرايين

Casablanca, le 17-01-2023

NOTE D'HONORAIRE

Nom : FASSI FIIHRI

Prénom : Younes

EXAMEN

* Cs +ECG K(16)

*Holter Tensionnel de 24h K(120)

MONTANT

400 DH

1200 DH

* TOTAL :

1600 DH

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

« Mille six cent dirhams »

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

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