

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.

Diologie 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.

Prothèse :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 canalaires.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0043972

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1133 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOUHAIR LAHBI
 Date de naissance : 1/01/46
 Adresse : Avenue CHAÏB EL KHATTAR ABT 4
 MORRIE CASAB
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/02/2020
 Nom et prénom du malade : TALIB Khadige Age: 1959
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA - Diabète - AFA
 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 : CASAB Le 27/02/2020
 Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

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
19-10-85	Elevage	1/6	300K	
19-10-85	Elevage	1/6	1000K	
19-10-85	Habitation	1/6	1000K	
25-10-85	Elevage	1/6	1000K	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/02/2020	704,60

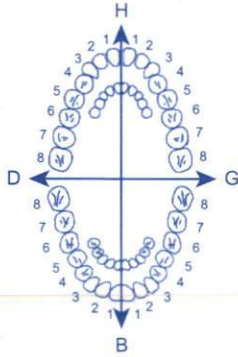
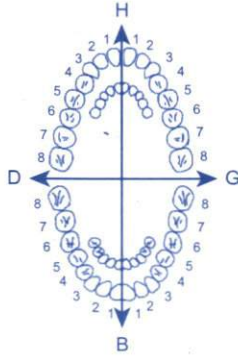
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

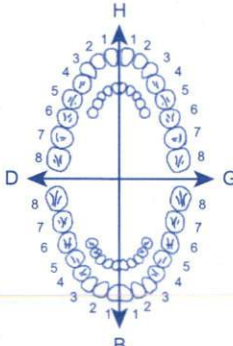
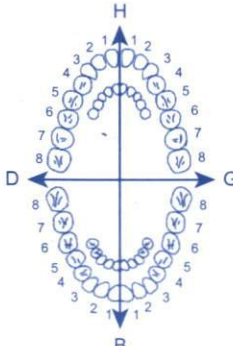
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	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 style="width: 100px;" type="text"/>													
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; text-align: left;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: left; margin-left: 10px;"> G 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

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

حق بالمركزالإستشفاني الجامعي ببوردو

الجمعية الأوروبية لأمراض القلب و الشرايين

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب و الشرايين

Casablanca, le 25 FEV 2020

ORDONNANCE MEDICALE

Nom : TALIB

Prénom : Khadija

Régime peu sodé, régime hypoglucidique

1- CORDARONE : 4cp/j (le 1^{er} et le 2^{ème} jours)

Puis : 2cp/j (x 2 jours)

Puis : 1cp/j, 5j/7

2- LOVENOX 0,6 : 1inj en s/c x 2/j

3- ALPRAZ 0,5 mg : ¼ cp x 3/j

4- CARDENSIEL 2,5 mg : 1cp/j le matin

5- D CURE FORT : 1amp à boire tous les 15 jours (x 3 fois)

Puis : 1amp à boire chaque mois (x 3 mois)

6- RELAXIUM 375 mg : 1gel/j à 16h :00

7- IPERTEN 20 mg : 1cp/j le matin

8- XARELTO 20 mg 1cp/j à 20h : 00

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

ICE : 001668263000013

LOT: 192013
EXP: 09/2022
PPV: 35.70

LOT: 190342
DLUO: 10/2022
99.00DH

PPV: 49.50 DH
LOT: 19F18/B
EXP: 06/2022

PPV: 49.50 DH
LOT: 19F18/B
EXP: 06/2022

TRAITEMENT A SUIVRE REGULIEREMENT
ET A RENOUELER SELON LES BESOINS
PENDANT UNE PERIODE DE 1 MOIS

226921
1 Boite

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

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaa Casablanca
Lovenox 6000ulantixa inj b2
P.P.V. : 174,90 DH

5 118001 100859
080458

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

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

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 ECG

-----0-----

Date :	20-02-2020	Méd/Demandeur	Dr.M.CHIBANI
Nom :	TALIB	Sexe :	F
Prénom :	Khadija	Age :	61 ans
Début surveillance	19-02-2020 à 13h :30	Fin surveillance :	20-02-2020 à 13h :30
Durée totale	24h :00		
Indication	palpitations		

Compte rendu de l'enregistrement

Sur un rythme sinusal permanent dont la fréquence moyenne est de 91 bpm, et des extrêmes de 58 et 176 bpm, apparition d'une ACFA paroxystique à 170 bpm ayant duré 4 heures de 12h à 15h

Il n'y a pas de trouble de conduction auriculo-ventriculaire.

Il n'y a pas de pauses

Le cycle nyctéméral est conservé

Dr. CHIBANI MOSTAFA
CARDIOLOGUE
231, Bd. Bir Anzarane, Qt. Maârif
Casablanca
Tél: 0522 22 66 66/65-Fax: 0522 22 66 64
E-mail: mostchibani@gmail.com
ICE: 00 6682639000 3

231, Bd BirAnzarane. Quartier Maârif. Casablanca.

☎. 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 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 لإستشفائي الجامعي ببوردو

عضو الجمعية الأوروبية لأمراض القلب و الشرايين

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب و الشرايين

Casablanca, le 19-02-2020

NOTE D'HONORAIRE

Nom : TALIB

Prénom : Khadija

EXAMEN

* Cs +ECG K(16)

*Echocardi Doppler couleur K(100)

* Holter ECG de 24h K(120)

MONTANT

300 DH

1000 DH

1200 DH

* TOTAL :

2500 DH

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

« Deux mille cinq cent dirhams »

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: 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

TALIB, KHADIJA

ID:

D-naiss:

0ans,

19-Fév-2020 12:46:49

Fréq.Resp: 134 BPM

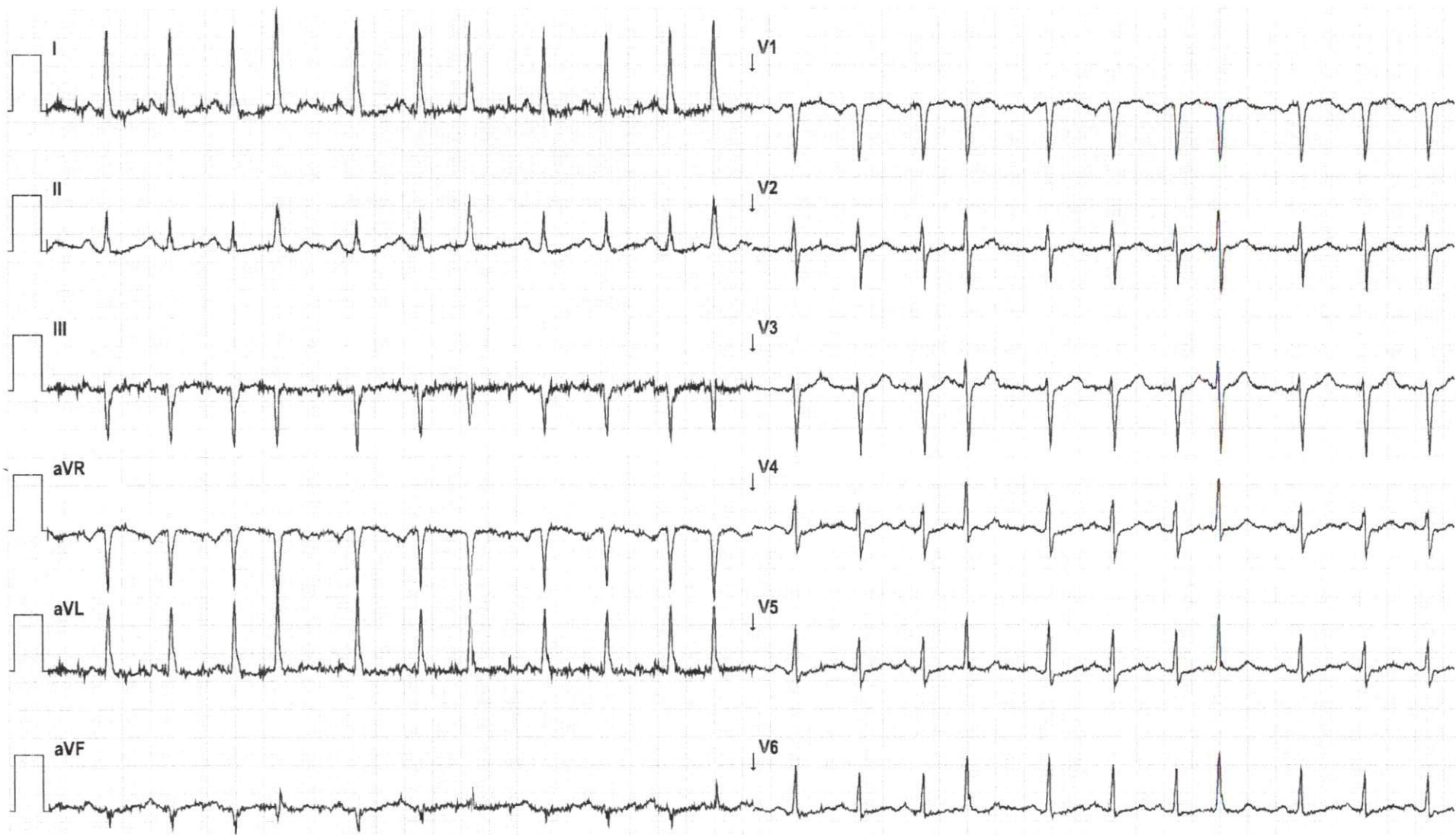
Int PR: 163 ms

Dur.QRS: 83 ms

QT/QTc: 300 / 379 ms

Axes P-R-T: 55 -2 101

TACHYCARDIE SINUSALE AVEC DE FREQUENTES EXTRASYSTOLES SUPRAVENTRICULAIRES
HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE AVEC TROUBLE DE REPOLARISATION [GRANDE ONDE R EN
AVL OU V5, GRANDE ONDE S EN V1, GRANDE ONDE R EN V5/V6 ET GRANDE ONDE S EN V1 ET SOUS
DECALAGE DE ST EN V5/V6]
ECG ANORMAL



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 : 19-02-2020

Méd/Demandeur :

Dr.M.CHIBANI

Méd./Exécuteur :

Dr .M.CHIBANI

Nom : TALIB

Age :

61 ans

Prénom : Khadija

Sexe :

F

Motif d'examen

HTA, palpitations, diabète type 2.

Aorte	Diamètre :	31	mm	V max :	m/s
	Ouverture	23	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
					Doppler : cm ²
V. G. :	DTD :	46	mm	DTS :	34 mm
	S. I. V. d:	9	mm	P.P. d:	7 mm
	% R/VG	26	%	F E :	51 %
V. D. :			mm		
Tricuspide :	normale.				
Pulmonaire :	normale.				
Péricarde :	sec et fin.				

COMMENTAIRE : (Patiente en Tachycardie à 134 bpm)

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

L'aorte ascendante est athéromateuse non dilatée.

L'oreillette gauche a des dimensions normales.

Les valves mitrales ont une échostructure normale.

Le ventricule gauche a des dimensions normales

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.

La veine cave inférieure est normale.

Doppler :

- Flux mitral : A/E>1, insuffisance mitrale 1/4.

- Flux aortique : normal

- Flux tricuspide : normal.

- Flux pulmonaire : normal.

AU TOTAL :

L'exploration Echocardiographie Doppler objective :

Une insuffisance mitrale minime.

Une aorte athéromateuse non dilatée.

Le reste de l'examen est sans anomalies.

Bonne fonction du ventricule gauche, et du ventricule droit.

Bonne fonction du ventricule droit.

231, Bd Bir Anzarane. Quartier Maârif. Casablanca.

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

Dr. CHIBANI MOSTAFA
CARDIOLOGUE
Bir Anzarane, Qt. Maârif
Tél: 0522 22 66 66/65 Fax: 0522 22 66 64
Email: mchibani@casablanca.ma
IC: 0016484031003