

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 :

éances de

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

→ Maladie chronique

Déclaration de Maladie

N° W19-410608

46279



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

02414

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Hi YAJ ABDELLATIF

Date de naissance :

08/09/1954

Adresse :

Sidi Maârouf 4 Rue 18, NR 105
Dar Salto - ECFD9, Casablanca 20520

Tél. :

0663 24 9977 Total des frais engagés : # 10 58,00# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. CHIBANI MOSTAFA
CARDIOLOGUE

231, Bd. Bir Anzarane, Qt. Maârif
Casablanca
T: 0522 22 66 65 - Fax: 0522 22 66 64
E-mail: mustchibani@gmail.com
GSM: 091 50 82 20 03

Date de consultation :

11/10/2010

Nom et prénom du malade :

Hi YAJ Abdellatif

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA révase

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

YAHYA BEN ABDELLAH
05 NOV 2010

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MOUNI ALAOUY Pharmacie Biologique SARL Mouni 22 28 14 24 CASABLANCA	04/11/20	105.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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"/>														
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	G																
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		<hr/>																	
D		G																	
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																			

valable 3 mois

Le 06/11/2022

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. : PATIENT AASTATEZ

Présente

une HTA râles.

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois - renouvelable.

Dont ci-joint ordonnance :

du 06/11/2022

(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

DR. CHIBANI MOSTAFA
CARDIOLOGUE
231, Bd. BIR Anzarane, St. Maârif
Casablanca
Tél: 0522 22 66 66/65 - Fax: 0522 22 66 66
E-mail: mostchibani@cmii.ma
ICE: 00165526200013

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

احترافي 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 14 juillet 2020

ORDONNANCE MEDICALE

Nom : HIYAJ

Prénom : Abdellatif

Régime peu sodé, activités physique régulier modérée

150/100/B
154/80 XH

1- ANGINIB 100 : 1cp/j le matin

2- IPERTEN 20 : 1 cp/j le soir

TOTAL = 1058/100
TRAITEMENT A SUIVRE REGULIÈREMENT
ET A RENOUVELEZ SELON LES BESOINS
PENDANT UNE PÉRIODE DE ... MOIS

MAMOUNI ALAQI Faicai

Pharmacie Bir Anzarane SARL

Sidi Meâniy-BP 112 arrêt rue 50 et 1

Tel: 05 22 28 14 24 - CASABLANCA

Dr. CHIBANI MOSTAFA
CARDIOLOGUE
231, Bd. Bir Anzarane quartier Maârif
Casablanca
Tél: 0522 22 66 65 - Fax: 0522 22 66 64
E-mail: mustechibani@smi.li.com
ICE: 001668263000013

231, Bd Bir Anzarane. Quartier Maârif. Casablanca.

T. 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

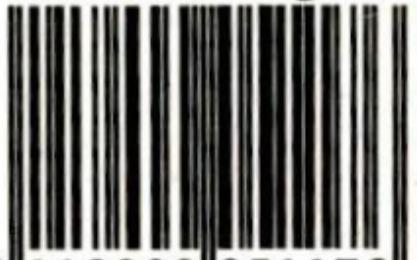
ICE : 001668263000013

أنجينيب® 100 مغ

لوزرتان

ANGINIB 100 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 051176

30 قرصاً
ملبساً



Losartan

ANGINIB® 100mg

LOT : 066
PER : JUN 2023
PPV : 150 DH 00

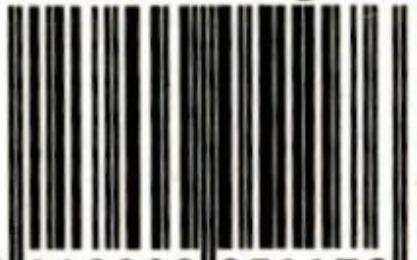
الصيادة
محمد

أنجينيب® 100 مغ

لوزرتان

ANGINIB 100 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 051176

30 قرصاً
ملبساً



Losartan

ANGINIB® 100mg

LOT : 066
PER : JUN 2023
PPV : 150 DH 00

الصيادة
محمد

أنجينيب® 100 مغ

لوزرتان

ANGINIB 100 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 051176

30 قرصاً
ملبساً



Losartan

ANGINIB® 100mg

LOT : 066
PER : JUN 2023
PPV : 150 DH 00

الصيادة
محمد

جیلی ۲۸

P.P.V. 152DH00

Distribué par PROMOPHARM S.A.

جَنَاحَاتِي
جَنَاحَاتِي ٢٠

جیلی ۲۸

P.P.V. 152DH00

Distribué par PROMOPHARM S.A.

جَنَاحَةِ الْمُلْكِ

جذب یاری ۲۸

P.P.V. 152DH00

Distribué par PROMOPHARM S.A.

جَنَاحَاتِي
جَنَاحَاتِي ٢٠

جیلی ۲۸

P.P.V. 152DH00

Distribué par PROMOPHARM S.A.

جَنَاحَاتِي
جَنَاحَاتِي ٢٠