

# 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.

### Biologie 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 dentaire :

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- 066458

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 228 Société : 32175

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : EL Omary CHTA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-066458

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

# 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 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- 0044088

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 228 Société : RAM MUPRAS

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ELOMARY GAITA bp ZOUIKEN

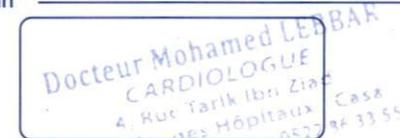
Date de naissance : 07/01/1970

Adresse : Rés. NADIA IM apt 2 Route EL JADIDA 20390 CASABLANCA

Tél. : 0522 23 21 23 Total des frais engagés : 2461 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/05/20

Nom et prénom du malade : ELOMARY GAITA ZOUIKEN Age : 70 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : vertigo

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : NON

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 : 09/07/20

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
23-5-20	2.7.6 schio cell		300M 1000M	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/05/2020	574,00

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23.05.20	B210	387,10

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Cachet et signature du Praticien	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 :**

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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														
	<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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> 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



CENTRE CARDIOVASCULAIRE  
LES HÔPITAUX

Secrétariat : 05 22 86 33 66  
Télécopie : 05 22 86 33 55

E-mail : labcardio@menara.ma

**Docteur Mohamed LEBBAR**  
Cardiologue Médico - Chirurgical

PHARMACIE LA RÉSIDENCE  
Dr. ZOUTENE Hassan  
149, Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tel: 0522 86 33 66

Casablanca, le 23.5.2020

twined elouah Ghile

431,00



1/2 Leno 100 1/2 cpj

PHARMACIE LA RÉSIDENCE  
Dr. ZOUTENE Hassan  
149, Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tel: 0522 86 33 66

1/2 Casix 6,25 1/2 x 20

27 idipoxine 1/2 cpj 5/17

41 Lerbix 40 1cp x 3, j

57 Kalief 1cpj  
20

4 Coumosin 1cp

99,00



1 Menef 1cp

PHARMACIE LA RÉSIDENCE  
Dr. ZOUTENE Hassan  
149, Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tel: 0522 86 33 66

574,00

Docteur Mohamed LEBBAR  
CARDIOLOGUE  
4 Rue Tarik Ibn Ziad  
Quartier des Hôpitaux - Casa  
Tel: 0522 86 33 66 Fax: 0522 86 33 55

4, Rue Tarik Ibn Ziad - Quartier des Hôpitaux  
(Prolongement Faculté de Médecine vers lycée Mohammed V) - Casablanca 20360

UPERIO® 100 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 28.  
PPV : 431 DH



6 118001 031726

**CARDIX® 6,25mg**  
28 comprimés ○



6 118006 850568

arv

LOT: 148  
PER: JAN 2023  
PPV: 44 DH 00

**28 Compr**

# Manef

**Magnésium Fort 300 mg  
Vitamines B6/B2  
Sans Sucres**

## COMPOSITION :

Un comprimé effervescent sans sucres contient :

- Oxyde de magnésium ..... 1200 mg  
  Soit un apport en magnésium élément par comprimé effervescent de ..... 300 mg
- vitamine B6.....2 mg
- vitamine B2.....1,6 mg

## PROPRIETES :

Le magnésium occupe une place capitale au sein de notre vie et son manque est souvent lié à un déséquilibre nutritionnel. Sont concernés en premier lieu les enfants, les adolescents, les sportifs et les personnes âgées.

**MANEF**® riche en magnésium et en vitamines B6 et B2 permet un apport supplémentaire dans certaines situations :

- alimentation déséquilibrée,
- carence nutritionnelle en Magnésium, en vitamines B2 et B6 chez les enfants, adolescents, personnes âgées et en cas de régime alimentaire pour une cure d'amaigrissement.
- effort physique intense, crampes musculaires, tension musculaire,
- activité intellectuelle intense avec fatigue physique,
- surmenage, stress, lassitude avec irritabilité et difficulté d'endormissement,
- croissance chez l'enfant et l'adolescent.

## CONSEILS D'UTILISATION :

Prendre 1 comprimé effervescent par jour, à dissoudre dans un demi verre d'eau.

Un demi comprimé pour les enfants.

Un léger dépôt au fond du verre est normal.

Tenir à l'abri de l'humidité et de la chaleur. Bien fermer le tube après chaque utilisation.

## PRESENTATION :

- Boîte de 15 comprimés effervescents.
- Boîte de 30 comprimés effervescents.

**Laboratoires JUVA SANTE**  
8 - Rue Christophe Colomb  
75008 - PARIS





CENTRE CARDIOVASCULAIRE  
LES HÔPITAUX

Secrétariat : 05 22 86 33 66

Télécopie : 05 22 86 33 55

E-mail : labcardio@menara.ma

**Docteur Mohamed LEBBAR**

Cardiologue Médico - Chirurgical

Casablanca, le 23 5 2020

توقيتة EL OMARY Ghite

Prophylaxie



Mme EL OMARY EP ZOUTEN  
F 07-01-1942  
2005233031  
Date/Heure 23-05-2020 00:00  
Préleveuse: 00-INTER  
PRELEVEMENT

Docteur Mohamed LEBBAR  
Cardiologue  
4, Rue Tarik Ibn Ziad  
Quartier des Hôpitaux Casablanca  
Tél: 05 22 86 33 66 Fax: 05 22 86 33 55

4, Rue Tarik Ibn Ziad - Quartier des Hôpitaux  
(Prolongement Faculté de Médecine vers lycée Mohammed V) - Casablanca 20360

FACTURE N° 2005233031  
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 23-05-2020

INPE : 093002574

Mme Ghita EL OMARY EP ZOUITEN

Demande N° 2005233031  
Date d'examen : 23/05/2020

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSA-A	Prise de sang Adulte	E25	E
0149	Troponine	B250	B

Total des B : 250

Arrêtée la présente facture à la somme de : . . . . . \* **387.50 DH** \*  
**trois cent quatre-vingt-sept dirhams cinquante centimes**



C



CENTRE CARDIOVASCULAIRE  
LES HÔPITAUX

Secrétariat : 05 22 86 33 66

Télécopie : 05 22 86 33 55

E-mail : labcardio@menara.ma

**Docteur Mohamed LEBBAR**

Cardiologue Médico - Chirurgical

Casablanca, le 23.06.20

## Note d'Honoraires

Nom/Prénom : EL OMARY GHITE EP 20uiten

Nature d'examen :

: Es & Ecu 300 Dht

= échodoppler cardiaque 1000 Dht

Total : 1300 Dht

Somme arrêtée à : mille trois cents Dht

**Docteur Mohamed LEBBAR**  
CARDIOPROTECTOR  
4, rue Tarik Ibn Ziad  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél: 0522 86 33 66 - Fax: 0522 86 33 55

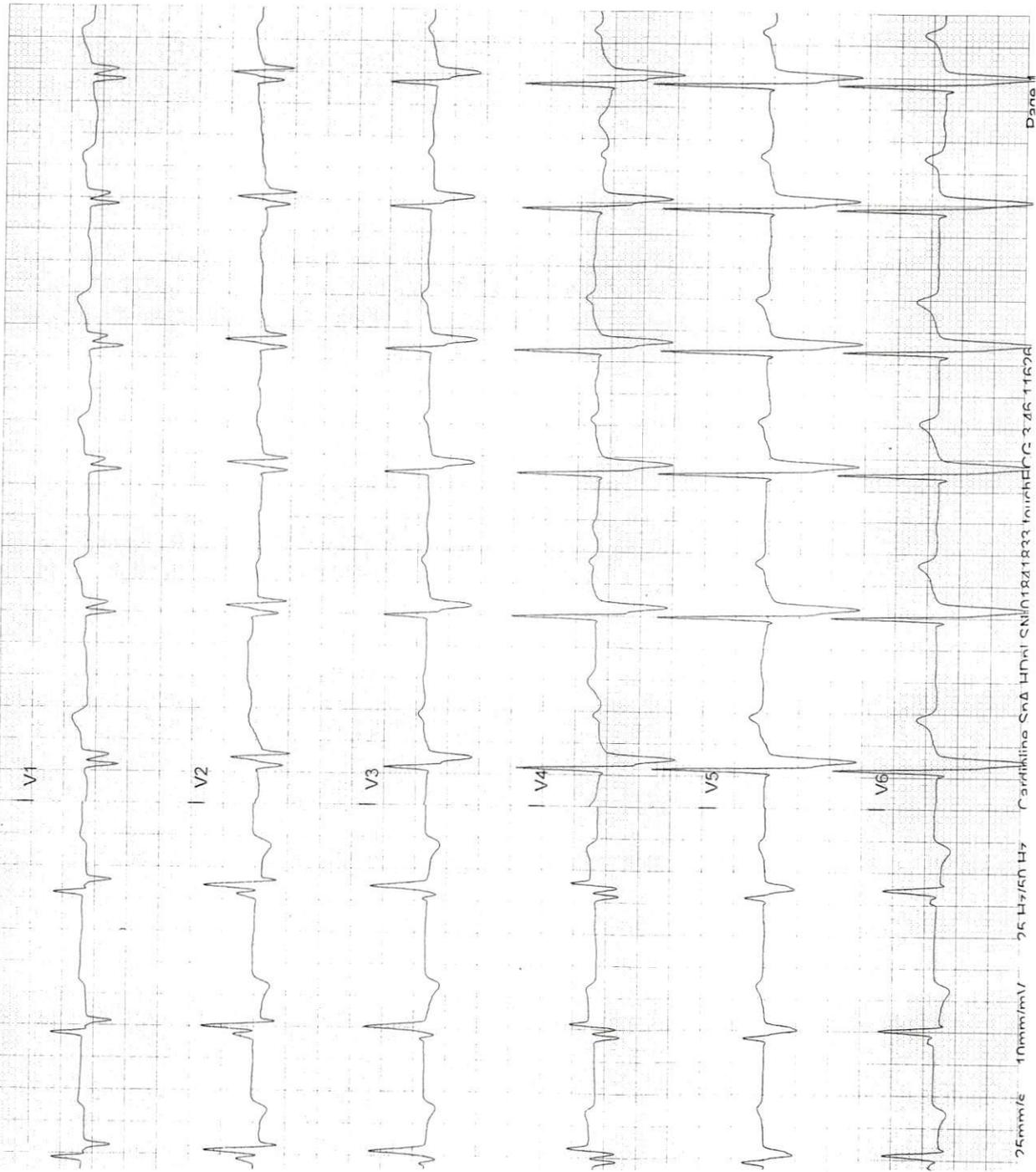
RUE Tarik Ibn Ziad - Quartier des Hôpitaux

Prolongement Faculté de Médecine vers lycée Mohammed V) - Casablanca 20360

23/05/2020 12:25

FC: 72  
 PR: ---  
 QRSd: 150  
 QT/QTc: 436/457  
 QTcB: 477  
 QTcF: 463  
 R v5-6 /S v1: 2.1/0.38  
 Sok-Lyon: 2.48  
 AXES: ---/93/-87

Non confirmé



25mm/s 10mm/mV

75 Hz/50 Hz

Cardioline S&A HD/AL S/N11821833 Imrich/CC 2.46.11626

D5000

CENTRE C

Docteur Mohame  
Cardiologue Médic

- PAS DE D
- OG DILAT
- PROTHESE M  
AILETTES
- PROTHESE A
- LES CAVITES
- PAS DE THRO
- CINETIQUE S
- SIV A 11 MM

# CENTRE CARDIOVASCULAIRE LES HOPITAUX

Docteur Mohamed LEBBAR  
Cardiologue Médico Chirurgical

Secrétariat: 05-22-86-33-66  
Télécopie: 05-22-86-33-55  
Portable : 06 61 32 26 05  
Email: labcardio@menara.ma

Casa, le 23/05/2020

## ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

### ZOUITEN ELOMARY GHITA

- PAS DE DECOLLEMENT PERICARDIQUE .
- OG DILATEE ..
- PROTHESE MITRALE PAS DE FUITE AVEC BONNE OUVERTURE DZES AILETTES
- PROTHESE AORTIQUES EST NORMALE
- LES CAVITES DROITES SONT DILATEE
- PAS DE THROMBUS INTRACARDIAQUE
- CINETIQUE SEGMENTAIRE DU VG NORMALE
- SIV A 11 MM FE ESTIMEE A 65%
- ANNEAU TRICUSPIDIEN EN PLACE MAIS FUITE TRICUSPIDIENNE IMPORTANTE

#### CONCLUSION

BON FONCTIONNEMENT DES DEUX PROTHESES  
IT IMPORTANTE  
LES CAVITES DROITES SONT DILATEES  
LES PRESSIONS PULMONAIRES SONT ELEVEES

4 Rue Farik Ibn Ziad  
Docteur Mohamed LEBBAR  
CARDIOLOGUE  
4, Rue Farik Ibn Ziad  
Quartier des Hôpitaux  
Tél: 0522 86 33 66 Fax: 0522 86 33 66

Quartier des Hôpitaux Casablanca 20100



**CENTRE CARDIOVASCULAIRE**  
**LES HÔPITAUX**

الدكتور محمد اللبار

**Docteur Mohamed LEBBAI**

Cardiologue Médico-Chirurgical

Ultra Spécialité : Echocardiographie de Stress

Explorations Cardio-Vasculaires

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

- **ECHO DOPPLER CARDIAQUE**
- **ECHO DOPPLER DES VAISSEAUX PERIPHERIQUES**
- **ECHO DOPPLER TRANSCRANIEN**
- **ECHO CARDIOGRAPHIE TRANSOESOPHAGIENNE**
- **ECHO CARDIOGRAPHIE DE STRESS**
- **EPREUVE D'EFFORT**
- **HOLTER ELECTRO CARDIOGRAPHIQUE**
- **HOLTER TENSIONNEL**