

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 |

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

Nº P19-0025075

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2535

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHAHID CHAMA

Date de naissance : 19.4.6

Adresse :

Tél. : 0667672569

Total des frais engagés : 1932,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/10/2002

Nom et prénom du malade : CHAHID CHAMA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Cardiologique

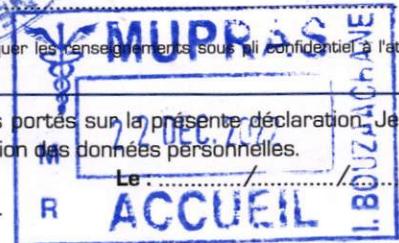
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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) :



RELEVE 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
01/12/22	B + ECP		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE EL KARTI Appt. 1 Entr. A 239 Gm 27 Moudabel Sidi Moulouf - Casablanca Tél : 05 22 58 38 11	01.12.122	872,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Médecin	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/12/22	Eclio G.	800€ HT

AUXILIAIRES MEDICAUX

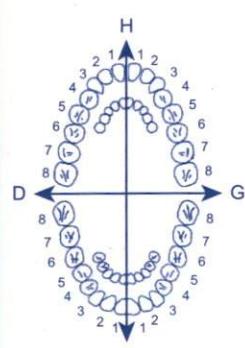
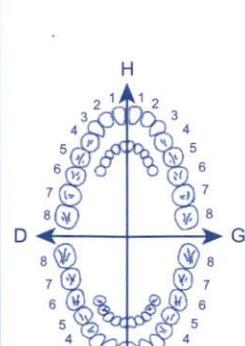
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553	B	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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR HANANE BOUTKHEMT

Spécialiste des maladies du coeur
et des vaisseaux

DIPLÔME D'ECOCARDIOGRAPHIE
UNIVERSITÉ DE BORDEAUX - FRANCE



الدكتورة حنان بوقحامت

اختصاصية في أمراض القلب
و الشرايين وارتفاع الضغط الدموي
حاصلة على دبلوم الإيكوغرافيا
جامعة بوردو - فرنسا

تخطيط القلب - الشخص بالصدى والدولير بالألوان
تسجيل تخطيط القلب وضغط الدم على مدى 24 ساعة
فحص الجهد

HYPERTENSION ARTÉRIELLE - ECG
ECHO-DOPPLER COULEUR CARDIAQUE ET VASCULAIRE
HOLTER TENSIONNEL - HOLTER RYTHMIQUE - EPREUVE D'EFFORT

Nom : الاسم :
Mme CHAHID CHAMA

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :
01/12/2022

177,00

X3 1 - Coaprovel 300 mg / 25 mg



1 Comprimé par jour, après le repas

113,70

2 - Ranciphex 20 mg



X3 1 Comprimé, matin, avant les repas,

REGIME PEU SALE/ TRAITEMENT A NE PAS ARRETER
JUSQU'AU PROCHAIN RDV TRAITEMENT DE 03 MOIS



PHARMACIE EL KARTI
App. 1 N°n. A 226 GH 27 Mousâibâl
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél : +212 5 22 58 38 11



PPV: 113 DH 70

ملع
، الجر
الداخل
درجة
منوية.

PPV: 113 DH 70

ملع
ieul
it das

لا تقبل المراجعة بعد مرور أكثر من 10 أيام من تاريخ الفحص



إقامة نعيم، شارع أبو بكر القادري، شقة 7 عمارة 4 - سيدى معروف - الدار البيضاء - فوق قيسارية الذهب الأميرات
Résidence Naim, Avenue Abou Bakr El Kadiri, Appt 7, Immeuble 4, Sidi Maârouf - Casablanca

Au dessus du centre de bijouterie les princesses

Tél. : +212 5 22 58 46 28 / Gsm : +212 6 48 27 11 97 / Email : cabinetcardiologiehanane@gmail.com

INPE : 091200071

CoAprovel ne doit pas être donné aux enfants et aux adolescents (de moins de 18 ans).

COAPROVEL® 300 mg/25 mg

comprimé pelliculé
ibésartan/hydrochlorothiazide

sanofi aventis

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 300mg/25mg
b28cp
P.P.V : 177,00 DH
081554
6 118001

- lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de ce médicament.**
- Si l'un des effets indésirables s'aggrave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez en à votre médecin ou votre pharmacien.
- Si l'effet indésirable peut être nocif, cela pourrait lui être nocif.
- Si vous avez une autre question, si vous avez un doute, demandez à votre médecin ou votre pharmacien.
- Si quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, a été prescrit. Ne le donnez à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques,

Dans cette notice:

- Qu'est-ce que CoAprovel et dans quel cas est-il utilisé
- Quelles sont les informations à connaître avant de prendre CoAprovel
- Comment prendre CoAprovel
- Quels sont les effets indésirables éventuels
- Comment conserver CoAprovel
- Informations supplémentaires

1. QU'EST-CE QUE COAPROVEL ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ

Classe pharmacothérapeutique

CoAprovel est une association de deux substances actives, l'ibésartan et l'hydrochlorothiazide.

Faites attention avec CoAprovel

Prévenez votre médecin si une des situations suivantes se présentent:

- si vous souffrez de vomissements ou de diarrhées importantes;
- si vous souffrez de problèmes rénaux, ou si vous avez une greffe de rein;
- si vous souffrez de problèmes cardiaques;
- si vous souffrez de problèmes hépatiques;
- si vous souffrez d'un diabète;
- si vous souffrez d'un lupus érythémateux (connu aussi sous le nom de lupus ou LED);
- si vous souffrez d'**hyperaldostéronisme primaire** (une condition liée à une forte production de l'hormone aldostérone, qui provoque une rétention du sodium et par conséquence une augmentation de la pression artérielle).

Vous devez informer votre médecin si vous pensez être (ou susceptible de devenir) enceinte. CoAprovel est déconseillé en début de grossesse, et ne doit pas être pris si vous êtes à plus de 3 mois de grossesse, car il peut entraîner de graves problèmes de santé chez l'enfant à naître s'il est utilisé au cours de cette période (voir la rubrique grossesse).

Vous devrez également prévenir votre médecin:

- si vous suivez un régime hyposodé (peu riche en sel);
- si vous avez des signes, tels que soif anormale, bouche sèche, faiblesse générale, somnolence, douleurs musculaires ou crampes, nausées, vomissements ou battements du cœur anormalement rapides qui pourraient indiquer un effet excessif de l'hydrochlorothiazide (contenu dans CoAprovel);
- si vous ressentez une sensibilité accrue de votre peau au soleil avec apparition de coup de soleil plus rapidement que la normale (sympômes tels que rougeur, démangeaison, gonflement, cloque);
- si vous devez subir une opération (intervention chirurgicale) ou une

CoAprovel ne doit pas être donné aux enfants et aux adolescents (de moins de 18 ans).

COAPROVEL® 300 mg/25 mg

comprimé pelliculé
ibésartan/hydrochlorothiazide

sanofi aventis

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 300mg/25mg
b28cp
P.P.V : 177,00 DH
081554
6 118001

- lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de ce médicament.**
- Si l'un des effets indésirables s'aggrave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez en à votre médecin ou votre pharmacien.
- Si l'effet indésirable peut être nocif, cela pourrait lui être nocif.
- Si vous avez une autre question, si vous avez un doute, demandez à votre médecin ou votre pharmacien.
- Si quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, a été prescrit. Ne le donnez à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques,

Dans cette notice:

- Qu'est-ce que CoAprovel et dans quel cas est-il utilisé
- Quelles sont les informations à connaître avant de prendre CoAprovel
- Comment prendre CoAprovel
- Quels sont les effets indésirables éventuels
- Comment conserver CoAprovel
- Informations supplémentaires

1. QU'EST-CE QUE COAPROVEL ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ

Classe pharmacothérapeutique

CoAprovel est une association de deux substances actives, l'ibésartan et l'hydrochlorothiazide.

Faites attention avec CoAprovel

Prévenez votre médecin si une des situations suivantes se présentent:

- si vous souffrez de vomissements ou de diarrhées importantes;
- si vous souffrez de problèmes rénaux, ou si vous avez une greffe de rein;
- si vous souffrez de problèmes cardiaques;
- si vous souffrez de problèmes hépatiques;
- si vous souffrez d'un diabète;
- si vous souffrez d'un lupus érythémateux (connu aussi sous le nom de lupus ou LED);
- si vous souffrez d'**hyperaldostéronisme primaire** (une condition liée à une forte production de l'hormone aldostérone, qui provoque une rétention du sodium et par conséquence une augmentation de la pression artérielle).

Vous devez informer votre médecin si vous pensez être (ou susceptible de devenir) enceinte. CoAprovel est déconseillé en début de grossesse, et ne doit pas être pris si vous êtes à plus de 3 mois de grossesse, car il peut entraîner de graves problèmes de santé chez l'enfant à naître s'il est utilisé au cours de cette période (voir la rubrique grossesse).

Vous devrez également prévenir votre médecin:

- si vous suivez un régime hyposodé (peu riche en sel);
- si vous avez des signes, tels que soif anormale, bouche sèche, faiblesse générale, somnolence, douleurs musculaires ou crampes, nausées, vomissements ou battements du cœur anormalement rapides qui pourraient indiquer un effet excessif de l'hydrochlorothiazide (contenu dans CoAprovel);
- si vous ressentez une sensibilité accrue de votre peau au soleil avec apparition de coup de soleil plus rapidement que la normale (sympômes tels que rougeur, démangeaison, gonflement, cloque);
- si vous devez subir une opération (intervention chirurgicale) ou une

CoAprovel ne doit pas être donné aux enfants et aux adolescents (de moins de 18 ans).

COAPROVEL® 300 mg/25 mg

comprimé pelliculé
ibésartan/hydrochlorothiazide

sanofi aventis

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 300mg/25mg
b28cp
P.P.V : 177,00 DH
081554
6 118001

- lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de ce médicament.**
cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
avec toute autre question, si vous avez un doute, demandez informations à votre médecin ou votre pharmacien.
icament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez , quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques,
ceci pourrait lui être nocif.
• Si l'un des effets indésirables s'aggrave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez en à votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice:

- Qu'est-ce que CoAprovel et dans quel cas est-il utilisé
- Quelles sont les informations à connaître avant de prendre CoAprovel
- Comment prendre CoAprovel
- Quels sont les effets indésirables éventuels
- Comment conserver CoAprovel
- Informations supplémentaires

1. QU'EST-CE QUE COAPROVEL ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ

Classe pharmacothérapeutique

CoAprovel est une association de deux substances actives, l'ibésartan et l'hydrochlorothiazide.

comprimé pelliculé

ibésartan/hydrochlorothiazide

Précautions d'emploi : mises en garde spéciales

Faites attention avec CoAprovel

Prévenez votre médecin si une des situations suivantes se présentent:

- si vous souffrez de vomissements ou de diarrhées importantes ;
- si vous souffrez de problèmes rénaux, ou si vous avez une greffe de rein ;
- si vous souffrez de problèmes cardiaques ;
- si vous souffrez de problèmes hépatiques ;
- si vous souffrez d'un diabète ;

• si vous souffrez d'un lupus érythémateux (connu aussi sous le nom de lupus ou LED) ;

• si vous souffrez d'**hyperaldostéronisme primaire** (une condition liée à une forte production de l'hormone aldostérone, qui provoque une rétention du sodium et par conséquence une augmentation de la pression artérielle).

Vous devez informer votre médecin si vous pensez être (ou susceptible de devenir) enceinte. CoAprovel est déconseillé en début de grossesse, et ne doit pas être pris si vous êtes à plus de 3 mois de grossesse, car il peut entraîner de graves problèmes de santé chez l'enfant à naître s'il est utilisé au cours de cette période (voir la rubrique grossesse).

Vous devrez également prévenir votre médecin:

- si vous suivez un régime hyposodé (peu riche en sel) ;
- si vous avez des signes, tels que soif anormale, bouche sèche, faiblesse générale, somnolence, douleurs musculaires ou crampes, nausées, vomissements ou battements du cœur anormalement rapides qui pourraient indiquer un effet excessif de l'hydrochlorothiazide (contenu dans CoAprovel) ;
- si vous ressentez une sensibilité accrue de votre peau au soleil avec apparition de coup de soleil plus rapidement que la normale (sympômes tels que rougeur, démangeaison, gonflement, cloque) ;
- si vous devez subir une opération (intervention chirurgicale) ou une

ECHOGRAPHIE TRANSTHORACIQUE**Mme CHAMA CHAHID 76 ans****1- VENTRICULE GAUCHE :**

Diamètre télediastolique : 41 mm

Diamètre télésystolique : 29 mm

Epaisseur septale : 12 mm

Epaisseur paroi postérieure : 15 mm

VG non dilaté hypertrophié, à fonction systolique normale sans anomalie de la cinétique pariétale de repos.

FEVG 56 % FR 29 %

2- OREILLETTA GAUCHE :Peu dilatée : 36 mm SOG 19 cm²**3- VALVE MITRALE :**

Feuilllets non épaissis fuite minime sans sténose.

E/A < 1

4- VALVE AORTIQUE :

Trois sigmoïdes aortiques non épaissies non calcifiées.

Absence de fuite aortique ou de sténose.

V Max 1.32 m/sec

5- CAVITES DROITES :VD et OD non dilatés : SOD 10 cm².

Bonne fonction systolique du VD : TAPSE 24 mm S' = 12 cm/s.

VSH et VCI non dilatées.

Absence d'HTAP.

6- PERICARDE

Normal

CONCLUSION :**ASPECT DE CARDIOMYOPATHIE HYPERTENSIVE AVEC :**

- HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE NON OBSTRUCTIVE.
- DILATATION LEGERE DE L'OG.
- TROUBLE DE LA RELAXATION DU VG.

BONNE CINETIQUE SEGMENTAIRE ET GLOBALE DU VG.**BONNE FONCTION SYSTOLIQUE DU VG.****FUITE MITRALE MINIME.****ANEVRYSME DU SEPTUM INTER-AURICULAIRE SANS DEFECT SEPTAL.****ABSENCE D'HTAP.**

PERICARDE

NORMAL

DE CONCLUSION : CASABLANCA - 01/12/2022



CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATION CARDIO-VASCULAIRE

Dr HANANE BOUTKHEMT

CASABLANCA, le 01/12/2022

NOM : CHAMA CHAHID

NOTE D'HONORAIRES

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE..... 800 DH

TOTAL 800 DH

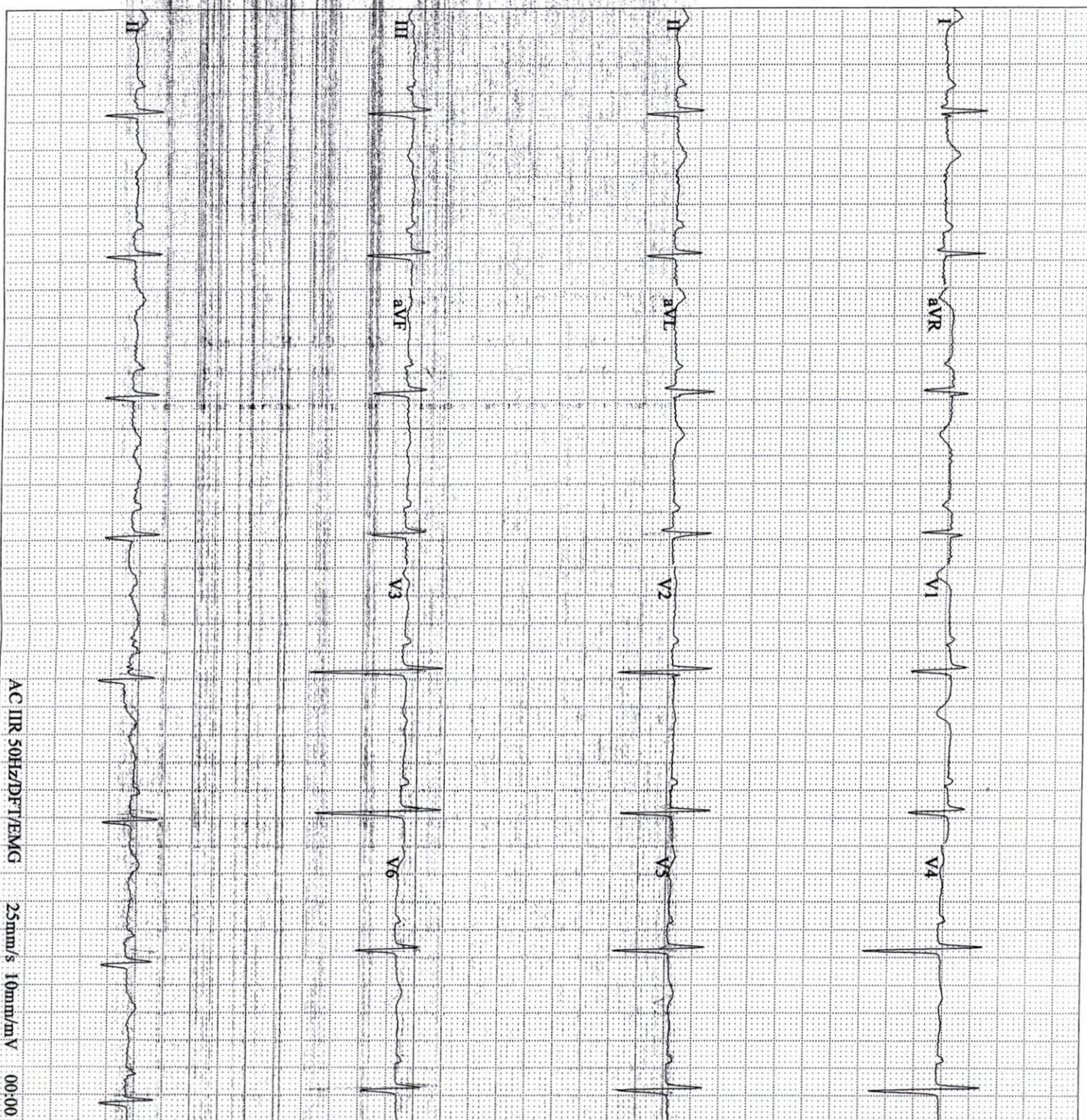
Cette note d'honoraire est arrêtée à la somme de huit cent dirhams.



Dr Hanane BOUTKHEMT

ECG

Nom : CHAHID CHAME	Sex : Female	Age :	Clinique N :	Section :
SN : 0011489	Case No. :	Lit No. :	Date : 01/12/2022 14:31:49	



Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	237 ms	Prompt:
Temps d'écha	8s	QT Interval:	493 ms	
HR:	59bpm	QTc Interval:	489 ms	
P Interval:	202ms	P Axis:	15.30°Cb	
QRS Interval:	95 ms	QRS Axis:	-36.00°Cb	
T Interval:	252 ms	T Axis:	20.80°Cb	



Signature Médecin :