

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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



203689

Déclaration de Maladie

M23- N° 0040328

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03396 Société : RAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHERDAOI ABDELOU HAB  
 Date de naissance : 19-01-58  
 Adresse : 14 LOT DANDARONA com. Sidi NAAROUF  
 CASA 20240  
 Tél. : 0673081985 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : ...../...../.....  
 Nom et prénom du malade : CHERDAOI une fille Age: .....  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : cardiopathie ischémique + stent coronarien  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....  
 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 : CASA Le : 26 / 04 / 2019  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019




# 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
26/04	C8+01		3000	
	ed/107		1000	
	ed/1000		1000	

# 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
	26/04		114,90

# AUXILIAIRES MEDICAUX

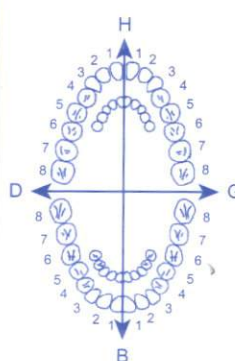
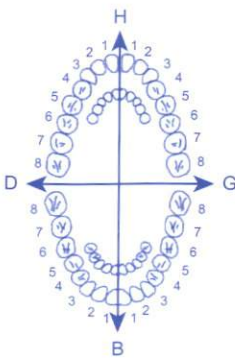
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 l'ODF.

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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

Casablanca, le

26.4.24

~~Cher Monsieur~~

1) Rosicel 10 1/2

2) xesilol 6,15 1/2

3) Cardioexpir 14/1

4) Tambor 1/2

5) Levemox 1/2

147,10  
x3

43,80x3

27,70x3

200,70x3

157,00

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

**PHARMACIE DE LA COLLINE**  
Sur parking CARREFOUR Sidi Maarouf  
Casablanca  
Tél.: 05 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53  
Whatsapp : 06 52 12 36 45  
RC: 266958 - Pat: 3642209 - IF: 50731792 - CNSS: 6063490  
E-mail : paracetamol2011@hotmail.fr



Tambocor® 100 mg  
30 comprimés sécables



6 118000 280675

Tambocor® 100 mg  
30 comprimés sécables



6 118000 280675

Tambocor® 100 mg  
30 comprimés sécables



6 118000 280675

LOT: 23181

PER: 09/2028  
PPV: 100,70 DH

LOT: 23181

PER: 09/2028  
PPV: 100,70 DH

LOT: 23181

PER: 09/2028  
PPV: 100,70 DH

LOT 233665 1

EXP 11 2026

PPV 43 80

كزیدیلول  
كارفيدول  
30 قرصا فایا لکبر  
ملغ 6.25



Xedilol® 6,25 mg, comprimé sécable  
Boîte de 30 comprimés sécables  
AMM N° 214/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021766

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

LEVAMOX®

16 comprimés effervescent 1g/125mg



LEVAMOX® 1g/125mg 16 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS

PPV 157DH00  
LOT 360242  
EXP 07/2025

كزیدیلول  
كارفيدول  
30 قرصا فایا لکبر  
ملغ 6.25



Xedilol® 6,25 mg, comprimé sécable  
Boîte de 30 comprimés sécables  
AMM N° 214/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021766

LOT 233665 1

EXP 11 2026

PPV 43 80

EXP 11 2026

PPV 43 80

كزیدیلول  
كارفيدول  
30 قرصا فایا لکبر  
ملغ 6.25



Xedilol® 6,25 mg, comprimé sécable  
Boîte de 30 comprimés sécables  
AMM N° 214/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021766

T: 8344  
R: 10/26  
V: 147DH10

AMM: 278/17DMP/21/NNP

Rosucal® 10 mg



6 118000 096122

LOT: 2469  
PER: 08 - 25  
PPV: 147 DH 10

AMM: 278/17DMP/21/NNP

Rosucal® 10 mg



6 118000 096122

LOT: 8344  
PER: 10/26  
PPV: 147DH10

AMM: 278/17DMP/21/NNP

Rosucal® 10 mg



6 118000 096122



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 26.4.26

## Note d'Honoraires

Nom/Prénom : CHEDDADI Wahid

Nature d'examen :

: Echodoppler carotides 1000 ML

: Echodoppler cervical 1000 ML

:

:

Total :

Somme arrêtée à : Deux Mille Din

Docteur Mohamed LEBBAR  
CARDIOLOGUE  
4, Rue Tarik Ibn Ziad  
Quartier des Hôpitaux - Casa  
10000

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

# 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 26/04/2024

## ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

### **CHEDDADI OUAFAA**

- **PAS D EPANCHEMENT PERICARDIQUE**
- LA VALVE MITRALE EST NORMALE
- LA VALVE AORTIQUE /EST EPAISSIE
- L AORTE ASCENDANTE EST DE TAILLE NORMALE
- LES CAVITES DROITES SONT NLES
- PAS DE THROMBUS INTRACARDIAQUE
- VG EST DE TAILLE NORMALE
- LA FE EST ESTIMEE A 60%

**C/C**

**CINETIQUE SEGMENTAIRE DU VG EST NORMALE**  
LES CAVITES DROITES SONT NORMALES  
LES PRESSIONS DE REMPLISSAGE SONT NORMALES  
PAS D EPANCHEMENT PERICARDIQUE

N 4 Rue Tarik Ibn Ziad Quartier des Hôpitaux Casablanca 20100

Docteur Mohamed LEBBAR  
CARDIOLOGUE  
Quartier des Hôpitaux  
Rue Tarik Ibn Ziad  
N° 4  
Casablanca  
Tél: 0522 86 33 66 - Fax: 0522 86 33 55

# 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 26/04/2024

## ECHO-DOPPLER PULSE CERVICAL

### CHEDDADI OUAFAA

- ATHEROME CAROTIDIEN MODERE
- PAS DE STENOSE CAROTIDIENNE
- Les résistances vasculaires sont normales
- Sous Clavière de bonne perméabilité et de flux symétriques.
- Vertébrales perméables des deux cotés, sans signe de sténose ostiale ni modification rotatoire des flux.
- les ophtalmiques sont normo pulsées.

### CONCLUSION

- PLAQUE A L ORIGINE DE LA CAROTIDE INT DROITE A 30 %
- ATHEROME CAROTIDIEN MODERE
- PRESSIONS INTRACEREBRALES SONT NORMALES

4 Rue Tarik Ibn Ziad

Quartier des Hôpitaux Casablanca 20100

Docteur Mohamed LEBBAR  
Cardiologue Médico Chirurgical  
Quartier des Hôpitaux - Casa  
4, Rue Tarik Ibn Ziad  
Tél: 0522 86 33 66 - Fax: 0522 86 33 55



Patient name: OUAFAA CHEDDADI  
Patient birthdate: 1965-01-01  
Doctor name: MOHAMMED LEBBAR

Patient code: HJBN6  
Patient sex: Female



Institute name:

Record time: 2003-02-28 04:14:25

