

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-458639

15713

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2518 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MEZZOURH MOHAMMED SEGHIR
 Date de naissance : 1951
 Adresse : 4 Rue GAFAIT OUSDA 60000
 Tél : 0661604882 Total des frais engagés : 1649,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2 DEC 2019
 Nom et prénom du malade : MEZZOURH M. Seghir Age : 68 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Anomalie de l'axe en ACFA

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 : ACCUEIL
 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
21/12/2019	CS ECG	1	300 dh	IMP : 090800084
21/12/19	SCOR2	1		
21/12/19	ET HO	1	1000 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2-12-13	343,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

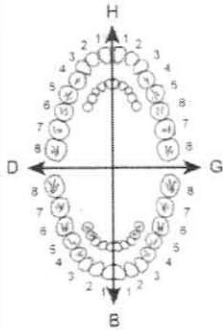
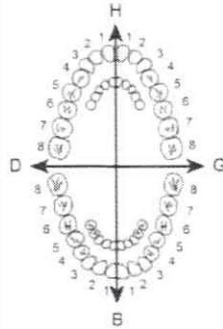
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<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 colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصلحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h | 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

2 Decembre 2019.

Mme Mohammed Seghir Mezzourh

174,30
x2

Lovenox 0,6ml 1mg 5/c 1/5
le matin
pdt 4 jours

51

343,80

PHARMACIE ZYMA
27, Rue Ahmed KADMIR
Cité Plateau Lycée Al Wa
Tél : 022.99.43.95 - C

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

6 118001 080458

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

6 118001 080458

Clinique CALIFORNIE
Professeur BELHAJ Moud
Maladies Cardiovasculaires
et Thoraciques
Adultes - Enfants - Nourissons
545, Bd. Panoramique Californie
Casablanca - Tél : 0522 50 80 80
Fax : 0522 50 76 98

Belhaj
A

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 76 98 - الهاتف : 0522 52 55 55 / 0522 50 80 80

العنوان الإلكتروني : cliniquecalifornie@menara.ma // cliniquecalifornie@gmail.com



Clinique "Californie"

Casablanca, le 02/11/2019

Le Docteur Belhat

prie M. Nezouh Bel Selim

d'accepter l'expression de ses sentiments
distingués et lui présente suivant l'usage,
sa note d'honoraires pour

ECG + Consultat
ECHO coeur.

S'élevant à la somme de 1300,00 Dhs

CLINIQUE "CALIFORNIE"
545 5 11 11
Tél: 05 22 55 55
Fax: 05 22 55 55
Casablanca



Nom : MEZZOURH

Casa, le 02/12/2019

Prénom : MOHAMMED SEGHIR

Age : 68ans

Motif : Bilan cardiaque pré anesthésique chez un patient coronarien.

Compte rendu d'écho doppler cardiaque
Trans-thoracique

- Dilatation modérée de l'oreillette gauche à 56mm de diamètre et à 29.5cm² de surface et importante du ventricule gauche à 76/65mm de diamètre.
- Cavités droites de taille normale. Ventricule droit à 27mm de diamètre, surface de l'oreillette droite à 15cm². Veine cave inférieure non dilatée et COMPLIANTE.
- Aorte tubulaire non dilatée.
- Akinésie de la paroi antéroseptoapicale et de la paroi inférolatérale, autres parois de contractilité normale. La fraction d'éjection est estimée à 36% évaluée par la méthode biplan.
- Fuite mitrale légère excentrée.
- Fuite tricuspide modérée. PAPS à 79mmHg.
- Péricarde sec.
- Pas de shunt visible.
- Pas de dysfonction du ventricule droit.
- Pressions de remplissage sont basses.
- Pas d'image de thrombus intracardiaque visible.

AU TOTAL :

Aspect échocardiographique en faveur d'une cardiopathie ischémique avec altération sévère de la fonction systolique globale du ventricule gauche.

Dr A. EL AMRANI

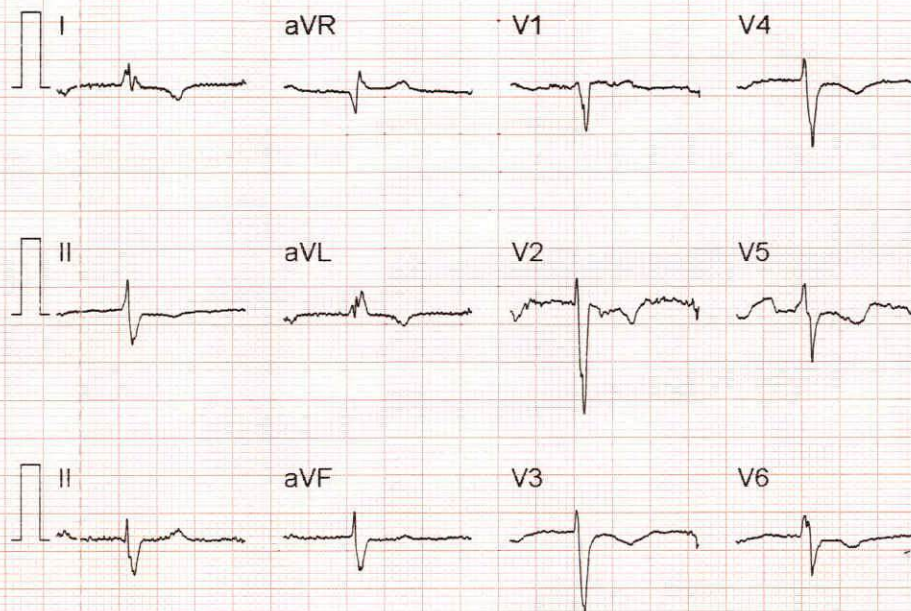
Dr Amel ELAMRANI
Cardiologue
Clinique California

Nom : mezzourh med seghi
Numéro ID : 191202000
N° sous-ID :
Sexe :
Âge :
Réf-service :
N° chambre :

Fréquence cardiaque: 87 bpm
Durée QRS : 117 ms
Axes P/QRS/T : -12/-42/197°
Tension RV5+SV1 : 0.89 mV
Intervalle PR : 276 ms
Intervalle QT/QTc : 391/438 ms
Tension RV5/SV1 : 0.29/0.60 mV
[Code Minnesota]
21 43 52 63 811

***** Analyse résultat *****

8108 Arythmie sinusale marqué
623 Bloc AV 1er degré
22 Déviation d'axe gauche anormale
2103 Dépression ST modérée(II, V2, V4, V5)
2124 Onde T anormale, possibilité d'ischémie antérolatérale(I, V3, V4, V5, V6)
ECG anormal



SpO2 99%
TA 12/12

Le docteur doit confirmer le rapport.

10mm/mV 25mm/s AC 50Hz 0.5-100Hz

