

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

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

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

N° W19-458639

15713

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6518 Société :

Actif **Pensionné(e)** **Autre** :

Nom & Prénom : MEZZOURH MOHAMMED SEGHIR

Date de naissance : 1951

Adresse : 4 Rue GAFAIT ou JDA 60 000

Tél. : 0661604832 Total des frais engagés : 1619,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

*Clinique CALIFORNIE
Professeur BELHA Miloud
Maladies Cardio - Vasculaire
et Thoracique
Adultes - Enfants Nourrissons
545, Bd Panoramique Californie
545, Bd Panoramique - Tel. 0522 50 80 80
545, Bd Panoramique - Tel. 0522 50 76 98*

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/01/2020

Nom et prénom du malade : MEZZOURH M. Ighir Age : 68 Ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Arthrose du genou et de la hanche

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.

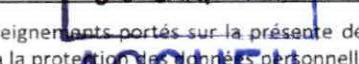
08 JAN. 2020

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) :

 MUPRAS

 ACCUEIL

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	CE ECG		300 Dh	INP : 0000000084.
2019	SENO2	1		
21/12/19	echo color		100000	DR HAJI M. VASSI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE D'ALMA Rue Ahmed KADMIRI Bâtiment 1000 N° 1000 1000</i>	2.12.19	343,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

2 Decembre 2019.

Mr. M'hamed Seghiri Mezzouri

274.30
Lovenox 0,6ml 1000U/c 1/2



Lovenox
0,6ml 1000U/c 1/2
le matin
tut 4jours

343.85

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

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Lovenox 6000U/ampoule inj b2
P.P.V : 174,90 DH
6 118 001 080 458

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Lovenox 6000U/ampoule inj b2
P.P.V : 174,90 DH
6 118 001 080 458

ALIFORNIE
Professeur BELHAÏM Houa
Adultes et Thérapeutique
545, Bd. Panoramique
Casablanca
Fax: 0522.50.46.98

R. Bellhy
A

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

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

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



Clinique "Californie"

Casablanca, le 02/11/2019

Le Docteur Belhach
prie M Nezzouar N Sefra

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

ECG + Consultat

Echo Colen.

S'élevant à la somme de 1300,00 Dhs

Clinique "CALIFORNIE"
545,5, rue California
Tél: 0522 222 5255
Fax: 0522 222 5255
Casablanca



Nom : MEZZOURH

Casa, le 02/12/2019

Prénom : MOHAMMED SEGHIR

Age : 68ans

Motif : Bilan cardiaque pré anesthésique chez un patient coronarien.

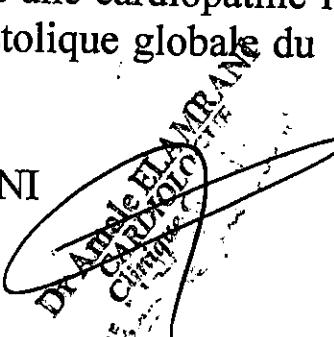
Compte rendu d'écho doppler cardiaque Trans-thoracique

- 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 tricuspidale 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



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

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

***** Analyse résultat *****

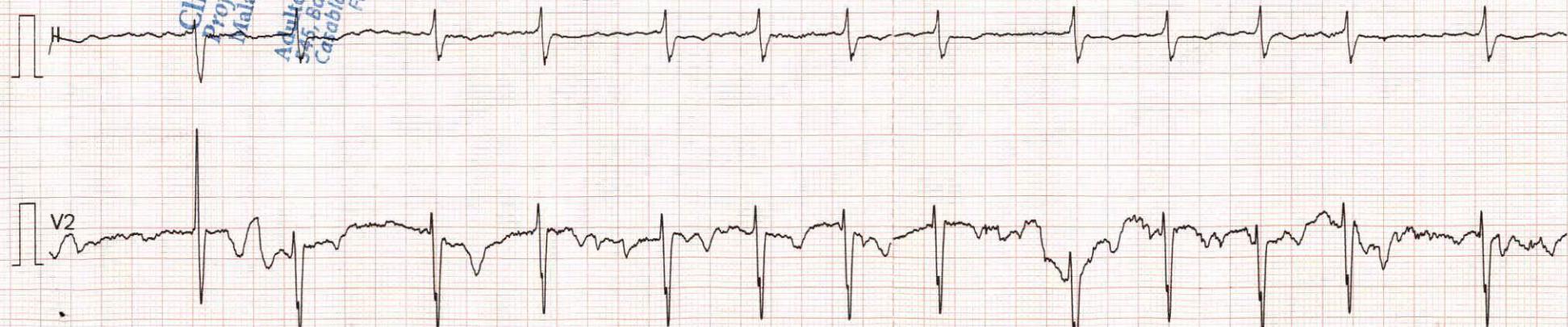
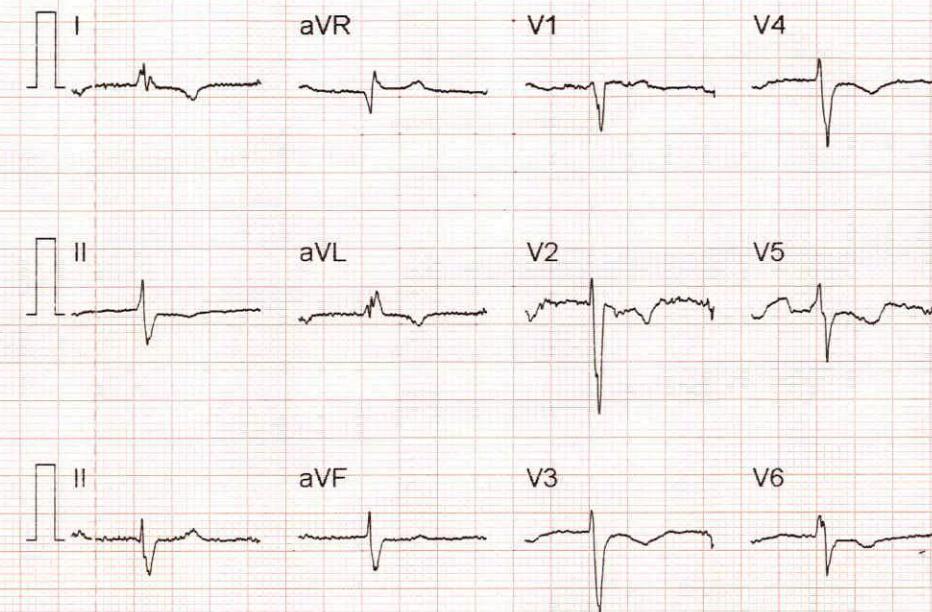
8108 Rythme sinusale marqué
623 Bloc AV 1er degré
22 Déviation d'axe gauche anormale
2103 Dépression ST modérée(I, V2, V4, V5)
2124 Onde T anormale, possibilité d'ischémie antérolatérale(I, V3, V4, V5, V6)

ECG anormal

docteur doit confirmer le rapport

Le docteur ~~doit~~ confirme le rapport

10mm/mV 25mm/s AC 50Hz, 0.5~100Hz



10mm/mV 25mm/s AC:50Hz,0.5~100Hz

