

# 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.

## Maladie chronique :

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- 051425

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 826 Société : 22583  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AMARouch ABDezagiz  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 221 6701 67 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade :  
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) :



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Le bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
HOSPITALISATION  
HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS  
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
successifs comportant un ou plusieurs échelonnements  
et les temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

En cas d'actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS

556954

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ANAROUCH Abdelaziz  
Matricule : 826 Fonction : retraité Poste :  
Adresse : 87, Cité Baobab au dial  
Tél. : 0661420243 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Abdelaziz ANAROUCH Age 22 | 10 | 19 | 1964  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique + Smolu  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A Casa le 05 | 12 | 22 Signature [Signature]  
Durée d'utilisation 3 mois

**Docteur M. ZIZI**  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
CARDIOLOGUE  
45, Av. Hassan II Casablanca  
Tél : 022 22 10 94 - Fax : 022 22 13 94

### VOLET ADHERENT

DECLARATION 556954

Matricule N° : 826  
Nom du patient : ANAROUCH  
Date de dépôt :  
Montant engagé : 2960,00  
Nombre de pièces jointes : 5 p.





## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médicinal attestant le Paiement des Actes
01/02/2020	2		25000	Docteur M. ZIZI Ancien Interne des Hôpitaux de Paris PNEUMOLOGIE ALLERGIES RESPIRATOIRES 45, Av Hassan II - Casablanca Tél : 022 22 10 94 - Fax : 0522 22 13 94
01/02/2020	K2 ET		66000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KAIS 62 Rue de la Mer Baltique Ain Diab - Casablanca Tél : 05 22 79 81 52	01/02/2020	99080

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Docteur M. ZIZI Ancien Interne des Hôpitaux de Paris PNEUMOLOGIE ALLERGIES RESPIRATOIRES 45, Av Hassan II - Casablanca Tél : 022 22 10 94 - Fax : 0522 22 13 94		212	15000
		230	9000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANT DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B		B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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



# عيادة أمراض القلب وداء الشرايين

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

**Docteur M. ZIZI**

Diplômé en Cardiologie

de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de la Société Française de Cardiologie

Lauréat et Ancien Interne des

Hôpitaux de Paris

**CARDIOLOGUE**

Maladies du Cœur et des Vaisseaux

Echocardiographie - Doppler - Holter

Rythmique - Tensionnel

Expert assermenté Auprès des Tribunaux



الدكتور محمد الزيزي

خريج ممتاز من كلية الطب بباريس

عضو الجمعية الفرنسية

لأمراض القلب

طبيب سابقاً في مستشفيات باريس

45، محج الحسن الثاني

الدار البيضاء

الهاتف: 0522 22 10 94

الفاكس: 0522 22 13 94

Casablanca, le.....

**NOVARTIS**

PPV: 843,00 DH

Site Web : [www.cabinetdrzizi.com](http://www.cabinetdrzizi.com)

**AMAROUCHE ABDELAZIZ**

1)A prendre à 8h et 20 h

1 Inhalation de **ULTIBRO** matin et soir

1 Sachet de **Exomuc** matin et soir

× ½ c **Nebilet 5**

2° **Toudex** sirop

1 cuillère à soupe 3 fois par j

3) **Histanorme**

1c le soir au coucher

Traitement pour 10 j

LOT 19007  
PER OCT 21  
PPV 39DH90



**HISTANO** 10 mg 15 comprimés

PPV 40DH00

EXP 04/2021  
LOT 93025 2

**PHARMACIE KAIS**  
62, Rue de la Mer Baltique  
Aïn Diab - Casablanca  
Tél : 05 22 79 81 52

**DOCTEUR M. ZIZI**  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
CARDIOLOGUE  
45, Avenue Hassan II - Casablanca  
Tél : 05 22 22 10 94 - Fax : 05 22 22 13 94

## CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-RESPIRATOIRES

**DOCTEUR MOHAMED ZIZI**

**Ancien Interne des Hôpitaux de Paris**

45 Avenue Hassan II

Casablanca

Tel : 0522.22.10.94 Fax : 0522.22.13.94

E : mail : mdzizi@gmail.com

05-02-2022

**Facture de M.(Mme)**

AMALOUCH ABDELATIF  
1950 DH

**La somme de**

Pour:	Consultation C2 .....	250DH.
	Radiographie Thoracique:Z12.....	150DH
	Exploration Fonctionnelle Respiratoire:K20 .....	650DH
	Tests Allergologiques:2K15 .....	650DH
	E.C.G.: K16.....	300DH
	Echocardiographie Doppler couleur : Z 80.....	900DH
	Echo -Doppler Vasculaire: Z 60.....	800DH
	Holter (rythmique) (tensionnel) : K100 .....	1000DH
	Epreuve d'effort : K 100 .....	1000DH

**Docteur M. ZIZI**  
Ancien Interne Des Hôpitaux de Paris  
CARDIOLOGUE  
45, Av Hassan II Casablanca  
Tel : 022 22 10 94 - Fax : 022 22 13 94

**CABINET DE PNEUMOLOGIE ET  
D'EXPLORATIONS RESPIRATOIRES**

**DOCTEUR MOHAMED ZIZI**  
Ancien Interne des hôpitaux de Paris

45 Avenue Hassan II  
Casablanca  
Tel : 0522.22.10.94 e.mail :mdzizi @gmail.com

05 02 20 20

Nom:

AMAROUCH

Prenom :

ABDELH

**Radiographie Thoracique**

**Compte Rendu:**

Absence de lésions pleuro paenchymateuses évolutives,

Absence d'atteinte médiastinale

Coeur de volume normal,

**Au Total: IMAGE THORACIQUE NORMALE.**

**Docteur M. ZIZI**  
Ancien Interne des hôpitaux de Paris  
**PNEUMOLOGIE  
RESPIRATOIRES**  
45, Av Hassan II - Casablanca  
Tél: 0522 22 10 94 - Fax: 0522 22 13 94

## Compte Rendu d'Examen Echocardiographique

Nom .....AMAROUCHE.....  
Prénom ..... ABDELAZIZ ..... Date 05/02/2020  
Information clinique .....cardiopathie  
ischémique.....  
Qualité technique ..... Excellente.....Satisfaisante.....  
Médiocre..... Difficulté.....

### ANALYSE

#### AORTE

Diamètre (N/20-38 mn) 35 Ouverture Syst : 21 (N : 15-26)  
Calcification +

Fluttering diastolique :

#### ORELLETTE GAUCHE :

Diamètre : (N : 15-40 mn) 40 mm Rapport OG/AO : (N : 1,3)  
Surface OG : 23 cm<sup>2</sup> Circonférence OG :

#### VALVE MITRALE

Surface Mitrale : 3.5 cm<sup>2</sup>

Diastole - GVM : Amplitude DE : 15 (N : 20)  
Pente EF : 40 (N : 70 mn/sec)  
-PVM : MVT Normal - MVT Paradoxal

vavulaire

0

Remaniement

#### VENTRICULE DROIT

Diamètre : 25 mm (N : 30 mn)

#### SEPTUM PARADOXAL :

#### VENTRICULE GAUCHE

Diamètre TD : (N : 30-55 mn) 55 mm Diamètre TS : 46mm (Variable)  
Septum : Epaisseur TD (N : 8-13 mn) 11 Epaisseur TS : 14 (N : 10-18mn)  
Mur postérieur TD : (N : 8-12 mn) 11 Epaisseur TS : 14 (N : 10-18 mn)  
FE : 30% VCF 10% de raccourcissement :

#### PERCARDE

Epanchement péricardique : 0 -

### CONCLUSION :

Hypokinésie Antero septale basale et médiane :

Hypokinésie latérale ; Cinétique inférieure satisfaisante

Dilatation du VG (Diamètre 55 mm° sans HVG, absence de dilatation du VD)

Absence de valvulopathie mitrale, remaniement valvulaire aortique sans sténose

dilatation de OG

Absence d'épanchement péricardique.

FE à 30% (méthode Simpson)

#### Au Doppler

IM 1/4, TDE 120 ms Absence de HTAP

Au Total : Cardiopathie ischémique sévère avec trouble de la fonction systolique et diastolique

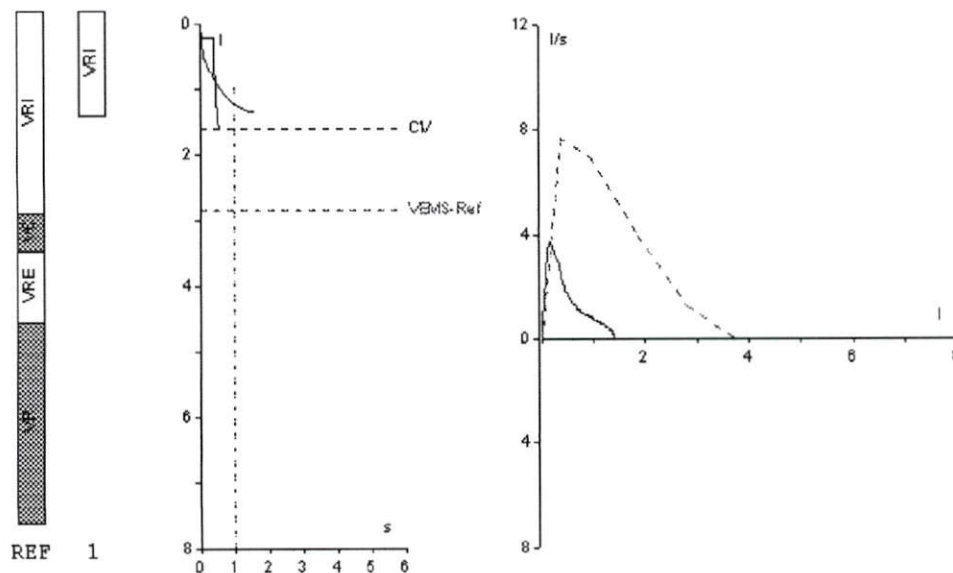
Docteur M. ZIZI  
Ancien Interne Des Hôpitaux de Paris  
CARDIOLOGUE  
45, Av. Hassan II Casablanca  
Tél : 022 22 10 94 - Fax : 022 22 13 94

**DOCTEUR MOHAMED ZIZI**  
 CABINET DE PNEUMOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE RESPIRATOIRE  
**EXPLORATION FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE**  
 45, Avenue Hassan II - Casablanca Tel:022.22.10.94 - Email:mdzizi@hotmail.com

AMAROUCHE, ABDELAZIZ  
 ID-Nr: 2692  
 Remarques:

175 cm, 62 kg, masc. \*22.09.1944 =75ans  
 mesuré le 05.02.2020 à 14:59 h

**Spirométrie, Courbe Débit/Volume**



**Paramètres statiques**

Paramètre	Valeur	%Théor.	Théor.	Unité
CV	1.41	36	3.92	l
VRE	-0.00	-0	0.97	l
VRI	1.41			l
VC	0.00			l
CI	1.41	44	3.21	l

**Paramètres dynamiques**

CVF	1.41	37	3.79	l
VEMS	1.26	44	2.86	l
VEMS/CV	89	121	74	%
VEMS/CVF	89	121	74	%
DEP	3.70	48	7.67	l/s
DEM75	2.67	39	6.91	l/s
DEM50	1.15	29	3.96	l/s
DEM25	0.76	59	1.28	l/s
DEMM25-75	1.17	41	2.87	l/s
DIP	0.00			l/s
DIM50	0.00			l/s
Aex	2.11			l*/s

**Commentaires:**  
 SYNDROME OBSTRUCTIF ASSEZ IMPORTANT