

## 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-654326

135660

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 28319 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EDOUARD MOURAD

Date de naissance : 17/09/1950

Adresse : 71 LOT LOTissement LAYMOUNE CASABLANCA

Tél. : 0671 8901375 Total des frais engagés : 1461,83 MUPRAS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur MEHAJI  
Maladies Respiratoires, Allergies  
201, Rue Mustapha El Maâni  
Casablanca - Tél. : 0522 22 13 00

Date de consultation : 22/09/2022

Nom et prénom du malade : EDOUARD MOURAD Age : 1950

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Respiratoire

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 : CASABLANCA Le : 27/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :


Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

02 NOV. 2022  
M  
R  
ACCUE

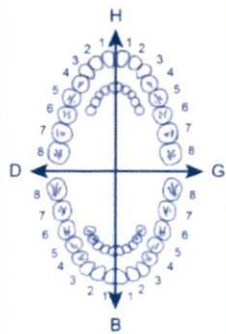
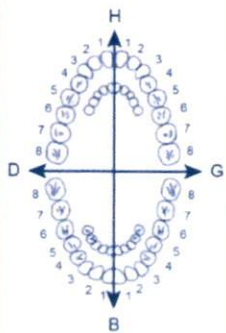


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/09	Ln	300,00		<b>INP : 0911119310</b> 
20/12	K30	600,00		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/09/22	361.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/09	218	809,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.																		
<b>Important :</b> 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	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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Docteur MEHAJI  
Maladies Respiratoires, Allergies  
201, Rue Mustapha El Maâni  
Casablanca - Tél.: 0522 22 13 00

Le: 22/09/2022

## ORDONNANCE

Reçu la somme de  
Six cents dirhams (600,00)  
pour K30 (Exploration  
fonctionnelle Respiratoire)  
de M. Fouad H. MAHRAJ.

Docteur MEHAJI  
Maladies Respiratoires, Allergies  
201, Rue Mustapha El Maâni  
Casablanca - Tél.: 0522 22 13 00



**Pour prendre rendez-vous contacter le 06 61 15 26 45**

# Docteur K.MEHAJI

Docteur d'Etat en Médecine de la Faculté de Lille ( France )

Allergies Respiratoires - Tests Allergologiques

Ronflement et troubles respiratoires du sommeil

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

Consultation anti-tabac - Tuberculose

Sur rendez-vous

# الدكتور خ.المهاجي

الدكتوراه في الطب خريج كلية ليل (فرنسا)

الضيق - الحساسية التنفسية - اختبارات الحساسية

الشخير - الإقلاع عن التدخين

التشخيص الوظيفي للتنفس - السل

بالموعد

Casablanca, le 28/09/22 في الدار البيضاء،

## COMPTE RENDU RADIOLOGIQUE

NOM :

Fouad H

PRENOM :

Mouad

Radiographie thoracique de face Z18 :

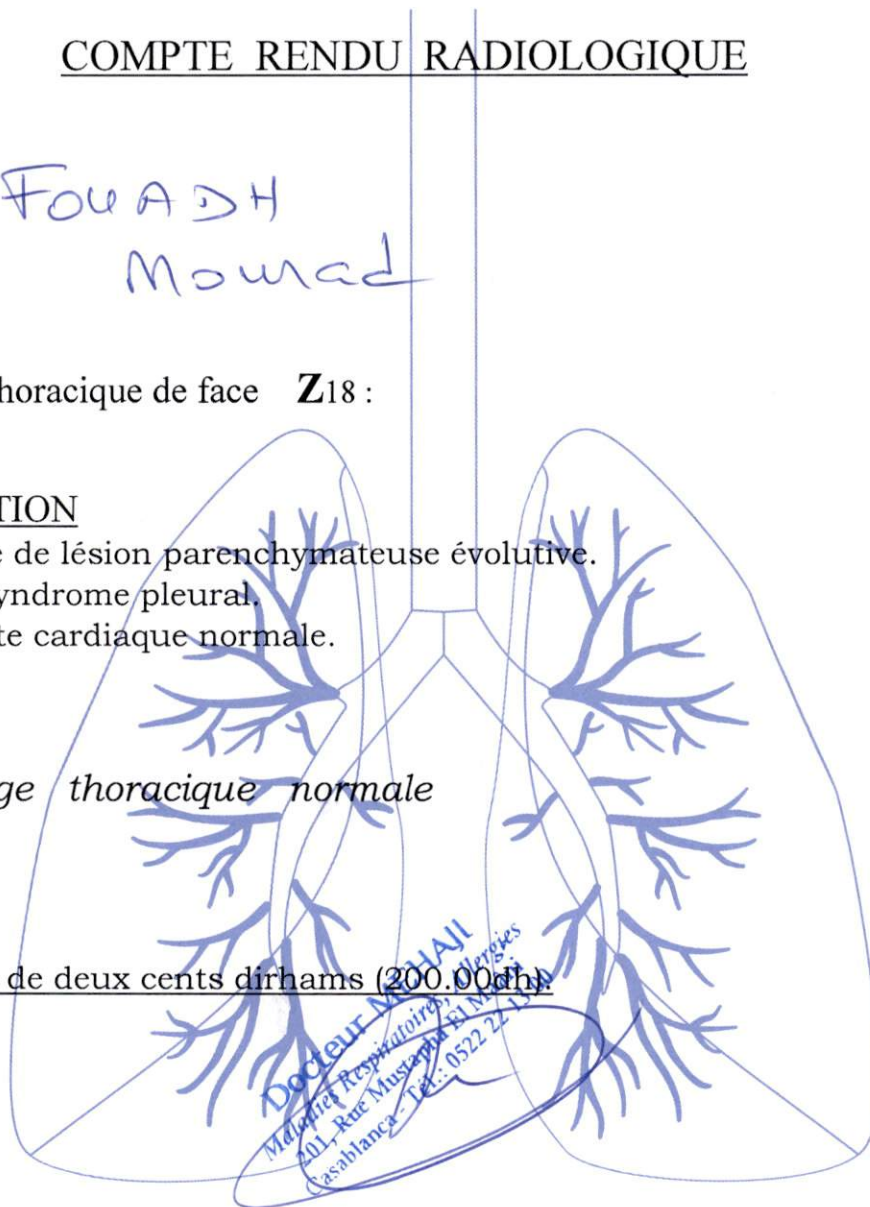
### INTERPRETATION

- ✓ Absence de lésion parenchymateuse évolutive.
- ✓ Pas de syndrome pleural.
- ✓ Silhouette cardiaque normale.

### AU TOTAL

- ✓ Image thoracique normale

Reçu la somme de deux cents dirhams (200.00dh).





# Docteur K.MEHAJI

Docteur d'Etat en Médecine de la Faculté de Lille ( France )

Allergies Respiratoires - Tests Allergologiques

Ronflement et troubles respiratoires du sommeil

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

Consultation anti-tabac - Tuberculose

Sur rendez-vous

# الدكتور خ.المهاجي

الدكتوراه في الطب خريج كلية ليل (فرنسا)

الضيق - الحساسية التنفسية - اختبارات الحساسية

الشخير - الإقلاع عن التدخين

التشخيص الوظيفي للتنفس - السل

بالموعد

الدار البيضاء، في 22/09/2022 Casablanca, le

Fouad H

Youssef

Inspirine

Docteur MEHAJI  
Maladies Respiratoires, Allergies  
201, Rue Mustapha El Maâni  
Casablanca - Tél.: 0522 22 13 00

## CABINET DE PNEUMO-ALLERGOLOGIE REPISRATOIRE

EFR =&gt; K 30

DOCTEUR MEHAJI KHALID  
201, RUE MUSTAPHA EL MAANI - CASABLANCA  
Tél. : 05-22-22-13-00 Fax : 05-22-26-07-17  
khalid.mehadji@hotmail.fr

Nom : MR. FOUADH

Prénom : MOURAD

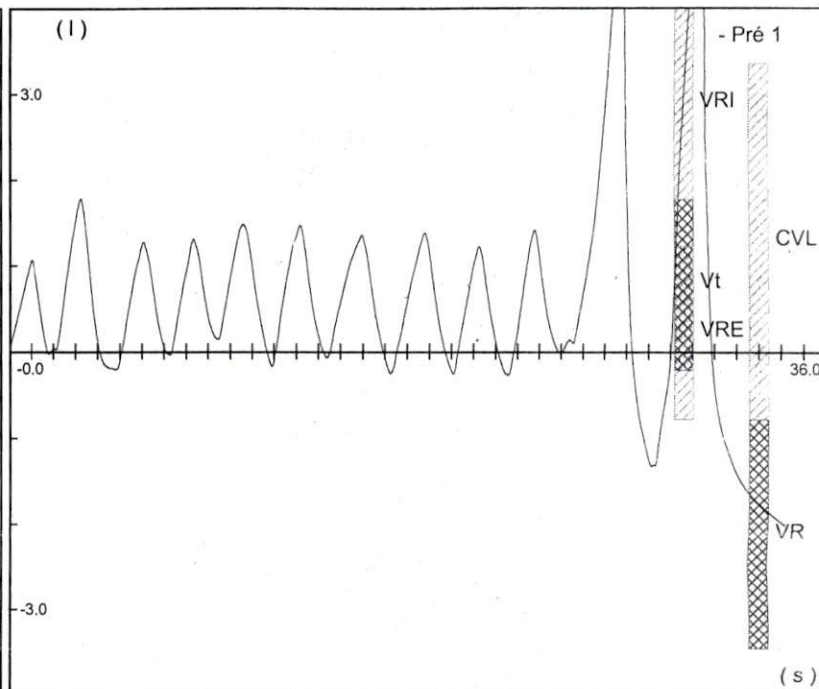
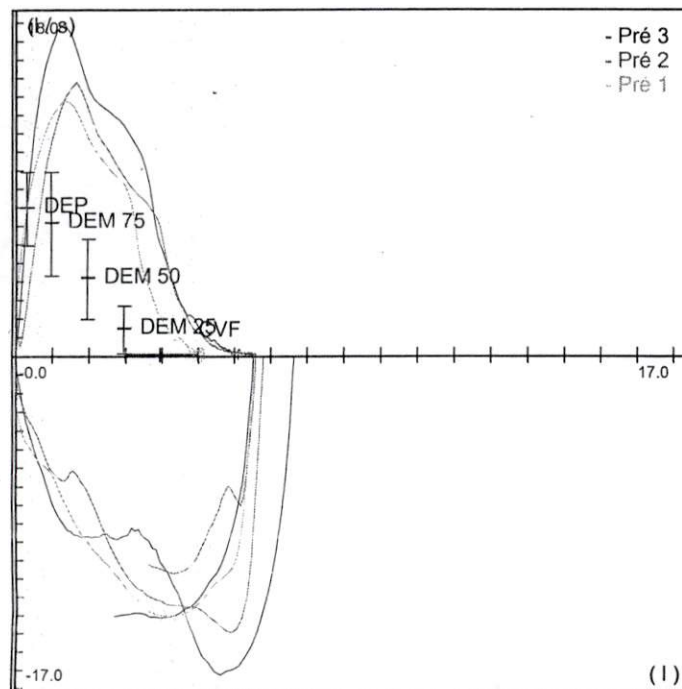
Sexe : M Age : 72 Ans Taille : 177 cm Poids : 72 Kg

Né(e) le : 17/08/1950 Id. :

Tabagisme : EX-FUMEUR

## Informations sur le test

Normes : ERS 93 - Zapletal

Corr. BTPS : 1.101 20.0 °C 103.0 kPa 84.0 %H<sub>2</sub>O Filtre : Dyn'R

Heure PRE : 16:36

	Théo.	Pré 3	%Th.	Pré 2	%Th.	Pré 1	%Th.	%Th.	%Th.	%Th. # Pré % # Th %
<b>Capacité Vitale Lente</b>										
CVL (l)	4.13	6.34	153							
VRE (l)		2.01								
VRI (l)		3.78								
Vt (l)		0.56								
CI (l)		4.34								
<b>Capacité Vitale Forcée</b>										
CVF (l)	3.98	6.53	164	6.60	166	5.17	130			
VEMS (l)	3.03	5.27	174	4.99	165	4.51	149			
VEMS / CVF (%)	74	81	109	76	102	87	117			
VEMS / CVL (%)	74	83	112	79	112	71	112			
DEP (l/s)	7.92	17.37	219	14.23	180	13.70	173			
DEM 75 (l/s)	7.11	16.38	231	14.76	208	13.74	193			
DEM 50 (l/s)	4.13	11.23	272	8.61	209	9.86	239			
DEM 25 (l/s)	1.41	1.93	137	1.24	88	2.28	162			
DEM 25-75 (l/s)	3.04	6.50	214	5.51	182	7.64	251			
DEM 25-75 / CVF (%)		0.996		0.836		1.477				
V <sub>max</sub> FRC (l/s)		0.17		0.12		-0.03				
VIMS (l)		7.63		6.81		6.55				
VMMI		194.95		184.62		166.80				
DIP (l/s)		17.30		14.97		14.06				

Conclusion : Spirométrie Normale

Docteur MEHAJI  
Maladies Respiratoires / Allergies  
201, Rue Mustapha El Maani  
Casablanca - Tél. : 0522 22 13 00