

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



Déclaration de Maladie

N° W21-718906

144712

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12363

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : WAGDI ISSAM

Date de naissance : 16/01/85

Adresse : APP 2 IMM 105 GULF CITY VILLE VERTE

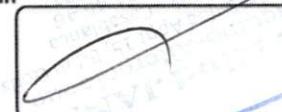
BAUSCH & LOMB

Tél. : 0661 83 82 76

Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/10/2022

Nom et prénom du malade : MR WAGDI ISSAM

Age : 37

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 13/10/2012 | Spasme | 6000 DT | INP : 1091235101 |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

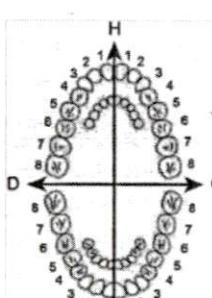
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433562 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433563 |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مَسْجِدُ دَارِ السَّلَامِ
CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 06/09/2022

M^r WAGDI ISSAM

(850)

EFR.

Dr. A. ROUATIR
Faculté de l'Enseignement Supérieur
Service de Médecine Interne
Chu Ibn Rochd Casablanca
INPE: 091031427

مستعجلات 24/24

Dr. Hind JANAH

Pneumo-phtisiologue - Allergologue
pour Adultes et Enfants

Maladies respiratoires - Asthme et allergies
Tuberculose - Pathologie du sommeil - Tests cutanés
Explorations Fonctionnelles Respiratoires



الدكتورة هند جناح

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
للكبار والصغار

أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية
أمراض السل - الأمراض المتعلقة بالنوم - اختبارات الحساسية
الكشف الوظيفي التنفسي

Membre de la European Respiratory Society
Diplôme d'Université Maladies Vasculaires Pulmonaires Chroniques
Université Paris-Saclay
Pneumologie interventionnelle: EBUS TBNA - EBUS RADIAL. Heidelberg

عضو في الجمعية الأوروبية لأمراض الرئة
دبلوم جامعي في أمراض الرئة وضغط الشريان الرئوي
جامعة ساكلاري باريس

Heidelberg - EBUS RADIAL - EBUS TBNA : المنظار التدخلي

13/10/2022

Casablanca, le

Mr WAGDI Issam

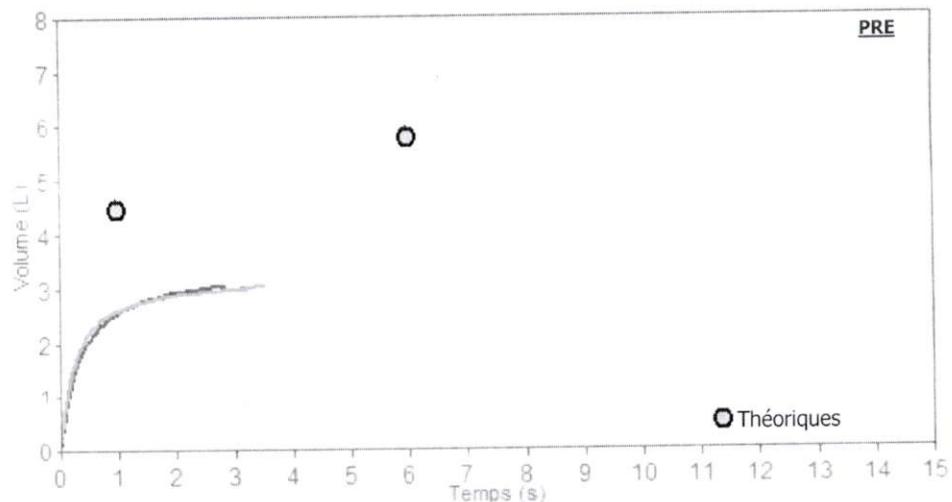
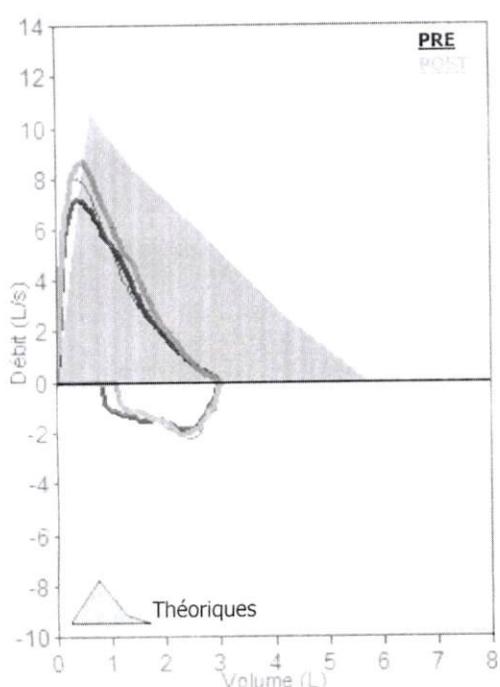
SPIROMETRIE :600 DH

Dr. Hind JANAH
Pneumo-Allergologue
Adults & Children
Tunisie 90123501
05 22 21 45 46

Résultat épreuves fonctionnelles respiratoires

Date de la visite 13/10/2022

| | | | |
|-----------------|------------|------------|-------|
| ID du patient | mr WAGDI | Age | 37 |
| Nom | WAGDI | Sexe | Homme |
| Prénom | ISSAM | Taille, cm | 182 |
| Date naissance | 16/01/1985 | Poids, kg | 182 |
| | | BMI | 54,95 |
| Tabac | Non fumeur | Pack-Année | |
| Groupe patients | | | |



Niveau de contrôle qualité D Variabilité: FEV1=0,03L (1,18%), FVC=0,01L (0,33%)
1 Acceptable trials

Interprétation

Restriction moyenne
Bronchodilatation NON significative

POST Bronchodilatation Salbutamol - 14:20:46

Date du test PRE 13/10/2022 14:00:29

| Paramètres | LLN | Pred | Best | %Théor. | Z-score | PRE #1 | PRE #2 | PRE #3 | POST | %Théor. | %Chg |
|--------------|------|-------|-------|---------|---------|--------|-------------|--------|--------|---------|------|
| CVF L | 4,86 | 5.74 | 3,05* | 53 | -5.07 | 3,05 | 3,04 | | 3.05 * | 53 | 0 |
| VEMS L | 3,74 | 4.46 | 2,58* | 58 | -4.28 | 2,58 | 2,55 | | 2.63 * | 59 | 2 |
| VEMS/CVF % | 69,7 | 78.5 | 84,6* | 108 | 1.13 | 84,6 | 83,9 | | 86.2 * | 110 | 2 |
| DEP L/s | 8,23 | 10.65 | 8,08* | 76 | -1.75 | 7,25 | 8,08 | | 8.75 * | 82 | 8 |
| Age | | 37 | 126 | 341 | | | | | 124 | 335 | -2 |
| DEM25-75 L/s | 2,73 | 4.39 | 2,74 | 62 | -1.65 | 2,74 | 2,60 | | 3.23 | 74 | 18 |
| TEF s | | 6.00 | 2,83 | 47 | | | | | 3.52 | 59 | 24 |
| CVIF L | 4,86 | 5.74 | 2,16 | 38 | -6.75 | 2,16 | 2,21 | | 1.92 | 33 | -11 |
| VEMS/CV % | 69,7 | 78.5 | | | | | | | 7.41 | 88 | 19 |
| DEM75% L/s | 5,58 | 8.39 | 6,24 | 74 | -1.26 | 6,24 | 6,53 | | 4.01 | 72 | 23 |
| DEM50% L/s | 3,40 | 5.54 | 3,27 | 59 | -1.69 | 3,27 | 2,86 | | 1.25 | 51 | 8 |
| DEM25% L/s | 1,16 | 2.45 | 1,16 | 47 | -1.65 | 1,16 | 1,06 | | | | |
| DIM75 L/s | | | | | | | | | | | |
| DIM50 L/s | | | | | | | | | | | |
| DIM25 L/s | | | | | | | | | | | |

*Meilleures valeurs de tous les tests - BTPS 1,087 26 °C (78,8 °F) - Théoriques Barcellona / Zapletal

Conclusions / Diagnostic

Bonne coordination.

→ syndrome asthmatique avec un certain caractère périphérique

Signature

INPE: 091235101
Tél: 05 22 21 45 46
Ain Chokh - Casablanca
Pneumodilatographe
Dr. Hmid JAHNAH

Instrument de mesure utilisé
Spirodoc S/N W10215