

## 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

- 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° W21-718906

144762

☒ 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 GULFCITY VILLE VERTE  
 BOULEVARD  
 Tél. : 0661238276 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 :  
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



### 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
13/10/2012	Spécialité		6000H	INF : 091235201

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

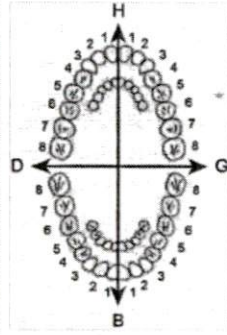
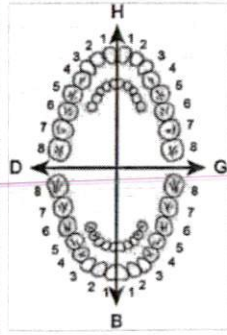
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INF : <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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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



مصحة دار السلام  
CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 06/9/2022

M<sup>r</sup> WAGDI Issam

(250)

EFR

  
Dr. M. MOUKHATIR  
Professeur d'Enseignement Supérieur  
Service de Médecine Interne  
Chu Ibn Rochd Casa  
INPE: 091031427

**URGENCES 24/24** مستعجلات

**Dr. Hind JANAH**

**Pneumo-physiologue - Allergologue  
pour Adultes et Enfants**

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

Membre de la European Respiratory Society

Diplôme d'Université Maladies Vasculaires Pulmonaires Chroniques

Université Paris-Saclay

Pneumologie interventionnelle: EBUS TBNA - EBUS RADIAL. Heidelberg



**الدكتورة هند جناح**

**أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية  
للکبار والصغار**

أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية  
أمراض السّل - الأمراض المتعلقة بالنوم - إختبارات الحساسية  
الكشف الوظيفي التنفسي

عضو في الجمعية الأوروبية لأمراض الرئة  
دبلوم جامعي في أمراض ارتفاع ضغط الشريان الرئوي  
جامعة ساكلاي باريس

المنظار التداخلي : EBUS RADIAL - EBUS TBNA : Heidelberg

13/10/2022

Casablanca, le .....

**Mr WAGDI Issam**

**SPIROMETRIE :600 DH**

Dr. Hind JANAH  
Pneumo-physiologue  
Allergologue  
404 Rés. Safaa - 3ème étage, Appt. N°15, Bd. Al Qods, Ain Chok - Casablanca  
Tél : 05 22 21 45 46  
Tél : 05 22 21 45 46

☎ 05 22 21 45 46 - 07 77 93 13 05 ✉ drjanahhind@gmail.com

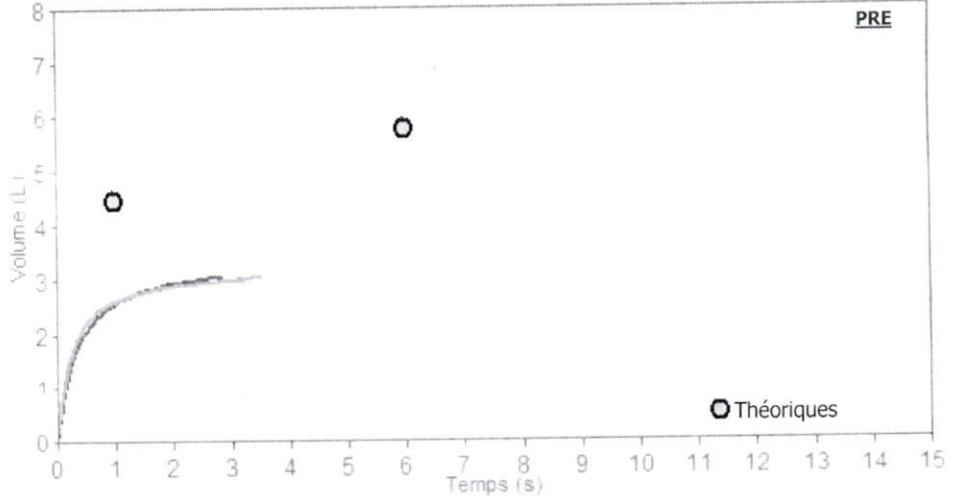
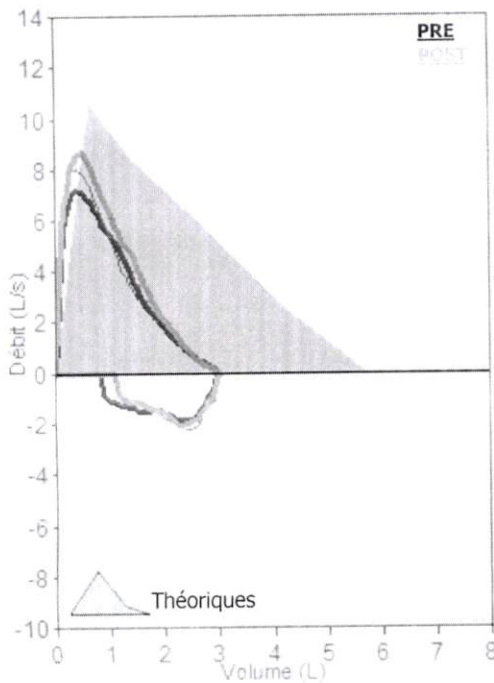
📍 404 Rés. Safaa, 3ème étage, Appt. N°15, Bd. Al Qods, Ain Chok - Casablanca



# Résultat épreuves fonctionnelles respiratoires

Date de la visite 13/10/2022

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



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

## Interprétation

Restriction moyenne  
 Bronchodil° NON significative

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

POST Bronchodilatation Salbutamol - 14:20:46

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	<b>3,04</b>		3.05*	53	0
VEMS L	3,74	4.46	2,58*	58	-4.28	2,58	<b>2,55</b>		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	<b>8,08</b>		8.75*	82	8
AapP Age		37	126	341		126	128		124	335	-2
DEM25-75 L/s	2,73	4.39	2,74	62	-1.65	2,74	<b>2,60</b>		3.23	74	18
TEF s		6.00	2,83	47		2,83	3,24		3.52	59	24
CVIF L	4,86	5.74	2,16	38	-6.75	2,16	<b>2,21</b>		1.92	33	-11
VEMS/CV %	69,7	78.5									
DEM75% L/s	5,58	8.39	6,24	74	-1.26	6,24	6,53		7.41	88	19
DEM50% L/s	3,40	5.54	3,27	59	-1.69	3,27	<b>2,86</b>		4.01	72	23
DEM25% L/s	1,16	2.45	1,16	47	-1.65	1,16	<b>1,06</b>		1.25	51	8
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 coopération.

à syndrome obstructif ; associé à une dystonie posturale

Signature

INPE : 091235101  
 Tél : 05 22 21 45 46  
 Ain Chock - Casablanca  
 Pneumo-Allergologie  
 404, Rd. S. Salim Apt 15, Bd Al Qods  
 HANNA

Instrument de mesure utilisé  
 Spirodoc S/N W10215