

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 | adhession@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.

N° W19-411072

86800.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11108

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ZAGHARI

Bouchra

Date de naissance :

18/08/1975

Adresse :

38, Bd de Bourgogne

Tél. : 06 01 60 41 63

Total des frais engagés :

199 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. NAZIHA NAZIH  
Pneumo Allergologue  
Enfants - Adultes  
8, Bd. Khouribga, N° 7 Derb Omar  
Casablanca - Tél.: 05 22 44 05 16

05 OCT. 2021

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ZAGHARI Bouchra

Age:

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Allemarie + Bouchra

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.

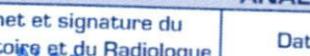
Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

| 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 SEP. 2021                   | C3                |                       | 800                             | INP : 111111111111<br>Dr. NAZIHA NAZIH<br>Docteur en Allergologue |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |                  |  |
|--|------------------|--|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date             | Montant de la Facture  |
| <br><b>PHARMACIE EL MOUDI</b><br>100, Bd Moulay Abdellah<br>Bousgerna - CASABLANCA<br>TEL: 022.21.22.31 | 13<br>05<br>2011 | 12441,50   |
|  |                  | Enfants - Adultes<br>El Moudi, N° 7 Derb Omar<br>Casablanca - Tel.: 05 22 44 05 16 |

| ANALYSES - RADIOPHYSIES  |             |                              |                        |
|--|-------------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue  | Date        | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| <p><b>DR. NAZIMA NAZIH</b><br/> <b>Pneumo Allergologue</b><br/> <b>Enfants / Adultes</b><br/> <b>8, Bd. Khouribga, N° 7 Derb Omer</b><br/> <b>Casablanca - Tel.: 05 22 44 13</b></p>  | 13 SEP 2011 | RFFR                         | 675                    |

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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.  |  |                  |             |                            |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.   |  |                  |             |                            |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br><br>  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|   |  |                  |             |                            |
|   |  |                  |             |                            |
|   |  |                  |             |                            |
|   |  |                  |             |                            |
|   |  |                  |             |                            |
|   |  |                  |             |                            |
|   |  |                  |             |                            |
|   |  |                  |             |                            |
|   |  |                  |             |                            |
| <b>O.D.F.<br/>PROTHÉSES DENTAIRES</b><br><br>   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |                            |
|   | H<br>25533412   21433552<br>00000000   00000000<br>D —————— G<br>00000000   00000000<br>35533411   11433553<br>B |                  |             |                            |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession                   |                  |             |                            |
|   |  |                  |             |                            |
|   |  |                  |             |                            |
|   |  |                  |             |                            |
|   |  |                  |             |                            |
|   |  |                  |             |                            |
|   |  |                  |             |                            |
|   |  |                  |             |                            |
|   |  |                  |             |                            |
| <b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/><br><b>Montants des soins</b> <input type="text"/><br><b>Date du devis</b> <input type="text"/><br><b>Date de l'exécution</b> <input type="text"/> |  |                  |             |                            |

**Dr. NAZIHA NAZIH CHAJADINE**

Diplômée des universités de Paris

الدكتورة نزيحة نزيه شجاعدين

خريجة كلية الطب بباريس

- Spécialiste des maladies de l'appareil respiratoire ADULTES et ENFANTS.
- ALLERGOLOGUE.
- Spécialiste des maladies du sommeil et du ronflement.
- Spécialiste de l'handicap respiratoire.
- Spécialiste des techniques en pneumologie :
  - Exploration fonctionnelle respiratoire.
  - Endoscopie Bronchique.
  - Thoracoscopie.
- Spécialiste en sevrage tabagique

- اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى  
صغار و كبار

- اختصاصية في أمراض الحساسية

- اختصاصية في اضطرابات النوم و الشخير

- اختصاصية في الاعاقة التنفسية المزمنة

- اختصاصية في الفحوصات التقنية  
للجهاز التنفسى :

• فحص الوظيفة التنفسية

• الكشف بالمنظار

- اختصاصية في الإقلاع عن التدخين

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء في :

13 SEP. 2021

LOT: GA10112

PER: 01/2023

PPV: 110 DH 00

Cipla  
Elipt

40,00 30,00 30,00 40,00



LOT: GA10113  
PER: 01/2023  
PPV: 110 DH 00

Cipla  
Elipt

30,00 30,00 30,00 40,00



45,30 40,00



LOT: GA10113  
PER: 01/2023  
PPV: 110 DH 00

Cipla

40,00 40,00 40,00 40,00

app. 71

د

Agmeli art 200/6 ~ 2B

297,00 x 2

1 bueffé mult

SYNTHEMEDIC  
22 rue souhair benn al souam roches  
noires casablanca  
SYMBICORT TURBUHALER  
200ug  
Flacon de 120 doses  
104/14 DMP/21/NRQ P.P.V: 297,00 DH  
6 118001 020706

SYNTHEMEDIC  
22 rue souhair benn al souam roches  
noires casablanca  
SYMBICORT TURBUHALER

Prix p.inh  
200ug  
Flacon de 120 doses  
104/14 DMP/21/NRQ P.P.V: 297,00 DH  
6 118001 020706

dui x uu  
et auaz

BB

110,00 x 3

F a' F pulv ds chafue  
marie matiu et leu

X kussis

DR. NAZIHA NAZIH  
Pneumo Allergologue  
Enfants - Adultes  
8, Bd. Ibnou Huda N° 7 Derb Omar  
Casablanca - Tel.: 05 22 44 05 16

102,60  
x 2

Alius 5

2

215,30

1C6 11/2 x leau

1200,50

X kussis



Dr. NAZIHA NAZIH  
Pneumo Allergologue  
Enfants - Adultes  
8, Bd. Ibnou Huda N° 7 Derb Omar  
Casablanca - Tel.: 05 22 44 05 16

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat



■ 011800114259  
**VENTOLINE 100 mcg**  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH



A conserver à une température ne dépassant pas 25°C

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة لا تتعدي 25 درجة مئوية

Agiter doucement le flacon avant utilisation

حرك القنبلة بلطف قبل الاستعمال

Tableau A (liste I)  
جدول ١ (الائحة ١)

**Respecter les doses prescrites**  
**احترم المقادير المحددة**

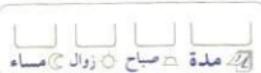
Uniquement sur ordonnance  
لا يسلم إلا بوصفة طبية

**Cipla Maroc**

ض.ب. 4491، أم عزة 11850 - عن عودة



معلق للرش  
الأنفي 140 x 6



**Cipla Maroc**

### Composition :

Euroate de mométasone anhydre.....50µg  
Excipients.....q.s pour une dose  
Excipient à effet notoire :  
Chlorure de benzalkonium

### التركيبة :

mometasone فوريات عدم المائية .....50µg  
السواغات .....لك.ك خبرعة واحدة  
السواغات معروفة التأثير : كلوريد بمنزالكونيوم

Se conformer à la prescription medicale

يجب إحترام وصفة الطبيب

Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

يُحْفَظ بعِدًا عَنْ مَتَّاول  
أو مَرَأِي الْأَطْفَال

LIRE ATTENTIVEMENT  
LA NOTICE AVANT  
UTILISATION

اقرأ النشرة جيداً  
قبل الاستعمال

### METANAZ® 50 µg

Suspension pour pulvérisation nasale

6 118001 102075

**Cipla Maroc**

BP 4491, Oum Azza 11850 - Ain Aouda



# AERIUS® 5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine  
voie orale

**30** comprimés  
pelliculés



LOT : 091  
PER : MAI 2023  
PPV : 102 DH 60

أيري  
5 ملغ

أقراص ملمسة

ديسلوراتادين

عن طريق الفم

**30** أقراص  
ملمسة

# AERIUS® 5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine  
voie orale

30 comprimés  
pelliculés

MSD

أيريوس®  
5 ملغ

أقراص ملبوسة

ديسلوراتادين

عن طريق الفم

30 أقراص  
ملبوسة

LOT : 091  
PER : MAI 2023  
PPV : 102 DH 60

Cabinet d'Allergologie et de Pneumologie

Dr. Nazy NAZIH CHAJADINE

Pneumophtisiologue

Place de la Victoire - Angle Bd. Khouribga

2ème étage Appt. 7, Derb Omar - Tél. : 44.05.16/17

CASABLANCA

Zafha  
Boula

Casablanca, le ..... 13 SEP. 2021

NOTE D'HONORAIRES

Fathia

Reçu pour exploration fonctionnelle respiratoire avec test de broncho-dilatation

Maxi 60% à six ans quinze mois

Interprétation :

↓ 675 ml  
Augmentation de la résistance à l'inspiration

Maladie de l'air

Maladie à faire

Signature

Dr. NAZIH NAZIH  
Pneumo Allergologue

Enfants - Adultes  
8, Bd. Khouribga, N° 7 Derb Omar  
Casablanca - Tél : 05 22 44 05 16

## Explorations Fonctionnelles respiratoires

Place de la victoire Bd Khouribga 2<sup>e</sup> étage N° 7 Casablanca

Tel : 0522 440 516

Nom : **Bouchra Zaghari**ID: **59/19**

Taille:

163 cm

Age:

45 Ans

Date Naissance:

28/06/1976

Poids:

67 kg

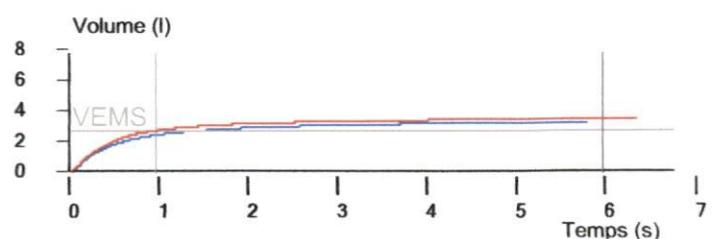
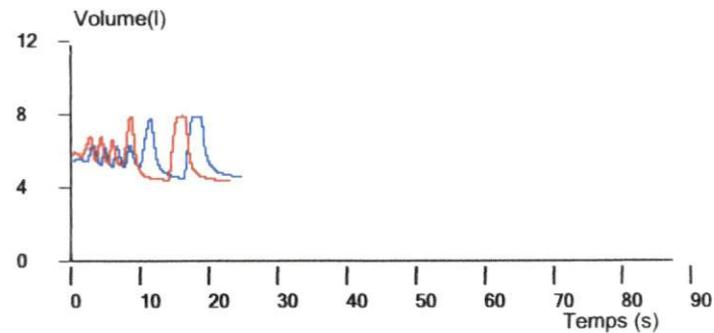
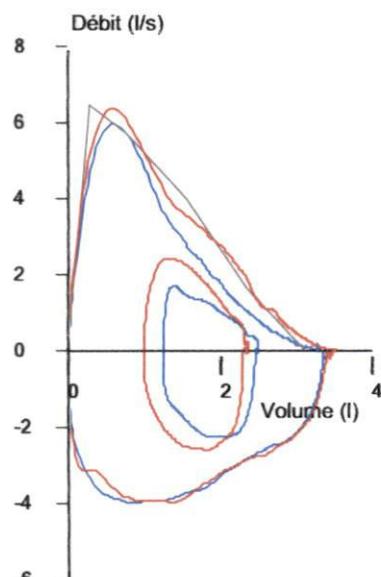
Genre:

Féminin

BMI:

25,2 kg/m<sup>2</sup>

Medication:



| Paramètre | Unité | Ref  | Pré  | %Ref | Post | %Ref | %Pré | ZScore |
|-----------|-------|------|------|------|------|------|------|--------|
| CV        | l     | 3,15 | 3,42 | 109  | 3,55 | 113  | 4    |        |
| CI        | l     | 2,30 | 2,64 | 115  | 2,45 | 107  | -7   |        |
| VC        | l     |      | 1,10 |      | 1,32 |      | 20   |        |
| VRE       | l     | 1,03 | 0,78 | 76   | 1,10 | 107  | 41   |        |

| Paramètre | Unité | Ref  | Pré  | %Ref | Post | %Ref | %Pré | ZScore |
|-----------|-------|------|------|------|------|------|------|--------|
| VEMS      | l     | 2,71 | 2,56 | 95   | 2,86 | 105  | 12   |        |
| CVFex     | l     | 3,16 | 3,34 | 106  | 3,55 | 112  | 6    |        |
| VEMS/CVF  | %     | 81   | 77   |      | 81   |      | 5    |        |
| DEP       | l/s   | 6,51 | 5,99 | 92   | 6,40 | 98   | 7    |        |
| DEM25     | l/s   | 1,70 | 0,86 | 50   | 1,11 | 66   | 29   |        |
| DEM50     | l/s   | 4,03 | 2,57 | 64   | 3,28 | 81   | 28   |        |
| DEM75     | l/s   | 5,72 | 5,62 | 98   | 5,80 | 101  | 3    |        |
| DEM 25-75 | l/s   | 3,43 | 2,14 | 63   | 2,70 | 79   | 26   |        |
| tex       | s     |      | 6,4  |      | 6,7  |      | 5    |        |

Commentaire:

Bonne aspiration -  
Inhalation facile avec absence d'obstruction  
Peu d'effort respiratoire discret et sensible aux  
sensations de fatigue et de dyspnée.

Date:

13/09/2021

Temps:

17:02

Température ambiante:

28 °C

Pression ambiante:

1008 hPa

Pneumo Allergologue

Enfants - Adultes

8, Bd. Khouribga, N° 7 Derb Omar

Casablanca - Tél.: 05 22 44 05 16

Technicien :

Dr NAZIH NAZIH

Pneumo Allergologue

Enfants - Adultes

8, Bd. Khouribga, N° 7 Derb Omar

Casablanca - Tél.: 05 22 44 05 16

LOT 201590  
EXP 06/2023  
PPV 30.00DH

**REDES®**

oméprazole



**20 mg**  
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

7 x



**COOPER**