

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-816027

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07432

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAOUQ NEZHA

Date de naissance :

13 JANVIER 1966

Adresse :

RUE ABOU TAIOUR RCS RAMIL ART 20

MAARIF EXTENSION

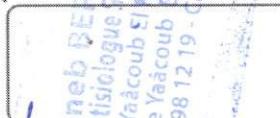
CASABLANCA

Tél. : 0664905341

Total des frais engagés : #1382# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

05/09/2023

Nom et prénom du malade :

CHAOUQ NEZHA

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 plconfidential 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 : 21/09/2023

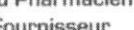
Signature de l'adhérent



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
05/09/23	(c5)		300.00	INP 09124785

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Universitaire JAHN 116-05-22-90	05/09/83	481.00

056 732
3 09 06 2011

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

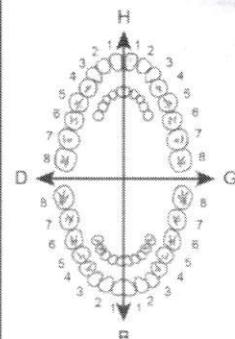
ANALYSES - RADIOGRAPHIE

 AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	25/09/23	(EZR)				600.00

VIOLET ADHESIVE

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

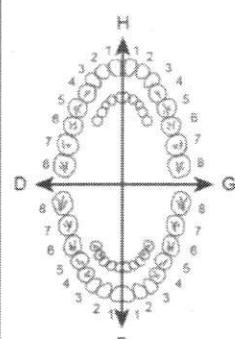


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25633412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



Dr Zineb Berrada

Spécialiste des Maladies Respiratoires et des troubles du sommeil

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot
DU d'imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes
Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France
Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris-France
et à l'hôpital 20 Août- CHU Ibnou Rochd Casablanca

أخصائية امراض الجهاز التنفسي وأمراض النوم والشيخوخة

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب باريس ديدرو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب بباريس ديكارت

شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس
طبية سابقة بمستشفيات باريس ينتهي سالب بار و يستشفى 20 غشت بالبيضاء

MME CHAOUQ NEZHA

Casablanca le : 05/09/2023

291.00

- **Foster - solution pour inhalation**
1 bouffée matin et soir pendant 1 mois (sans dépasser 4 bouffées par jour) Se rincer la bouche
 - **Aeromax**
2 pulvérisations dans chaque narine le matin pendant 1 mois

190.0

481.0

Pharmacie Univers Sar.
Hicham JAMALI
116, Rue Jihali El Ouf
Tél.: 05 22 03 00 05 - C.

Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca

22 شارع يعقوب المنصور ، إقامة فضاء المنصور الطالق الثالث ، مكتب رقم 27 المعاريف، الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail: pneumologiesommeil@gmail.com

medifar

STERIMINIA
 Distributor
 ZJ. LINA N°347 Sidi Mauryut
 Casablanca - Maroc
 Ammine TAHIR
 Pharmacie sans limite
 NM N° : 14921/NRQ/DM/P/VHA/18
 Sous licence
 Medimar - Produits
 pharmaceutiques S.A.
 Laboratoires Ado-L'Union S.T
 Barrosoa de Malaia, 73
 98950 Breda, Espanha
 Barcelone, Espanha

Aeromax® Budeseonide

01/23

medinfar
LABORATORIO

AGILER AVANT EMPLOI

12151

Uniquement sur ordonnance

200 doses

nasales

Suspension adéquée pour pulvérisations

əsop/əsəp

Budésonide
MAX®

Aeromax®
Budésonide

LOT:066T004B
PER:01/2025
PPV:190.00 dh

ACU00023

2020-11

אֶלְעָזָר
בָּנָי
100

Aeromax®
Budésonide

PCXPCX/11

للمزيد من المعلومات، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني: www.promopharm.com
للحصول على توصيات الطبيب، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني: www.primo-medical.com

FOSTER®

3

FOSTER®

100/6 microgrammes/dose

100/6 microgrammes/dose
solution pour inhalation en flacon pressurisé
diproponate de bêcloméstone /
fumarate de formoterol dihydrate

فستـلـار®

دـيـفـوـرـوـدـوـنـاتـ الـبـلـوـمـوـنـيـهـيـهـ .
دوـفـوـرـاتـ الـمـوـرـوـنـوـنـ الـعـمـيـهـ .
مـيـكـوـرـ غـرـامـ /ـ مـقـدـارـ 100/6

120 Doses

Pour une dose mesurée : 100 µg de diproponate de bêcloméstone et 6 µg de fumarate de formoterol dihydrate. Pour une dose délivrée : 84,6 µg de diproponate de bêcloméstone et 5 µg de fumarate de formoterol dihydrate. Excipients: éthanol anhydre, acide chlorhydrique, Norflurane (HFA 134a). Solution pour inhalation en flacon pressurisé. 1 cartouche contient 120 doses. Solution pour inhalation. Tenir la notice avant utilisation. Tenir hors de la portée de la vue des enfants. Utilisation pour adultes. Foster n'est pas recommandé aux enfants et adolescents en dessous de 18 ans. La cartouche contient un liquide pressurisé.

Ne pas exposer à des températures supérieures à 50°C. Ne pas percer la cartouche. Maintenir le flacon pressurisé vertical pendant inhalation. Soumis à prescription médicale.

Avant la délivrance aux patients:
conserver au réfrigérateur entre 2°C et 8°C.
Après délivrance aux patients:
Conserver à une température ne dépassant pas 25°C.
Pour les Pharmaciens:
Pour les Pharmaciens, inscrire la date de délivrance aux patients sur l'étiquette adhésive de l'étui, et coller l'étiquette sur l'inhalateur.
S'assurer qu'il y a une période d'au moins 5 mois entre la date de délivrance et la date d'expiration inscrite sur l'étui.
Excipient à effet notoire: éthanol anhydre

FOSTER®
100/6 microgrammes/dose
solution pour inhalation en flacon pressurisé
diproponate de bêcloméstone /
fumarate de formoterol dihydrate
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc
Via Palermo, 26/A - Parma - Italia
CHIESI FARMAITALIA S.p.A.
S.L. de CHIESI Farmaitalia S.p.A.
PROMOPHARM®
www.promopharm.com

Date de
délivrance :

..... / /

Pour les Patients:
l'inhalateur ne doit pas être utilisé après 5 mois de la date de délivrance écrite par le pharmacien sur l'étiquette adhésive.

Ne Pas Conserver à plus de 25°C

Chiesi

Chiesi

LISTE I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
SOUMIS A PRESCRIPTION MEDICALE

6 1180001 260447
Barcode: 1165487
Lot: 101
Fab: 07/2022
Exp: 07/2024

10/10/2018

4

Casablanca05/09/2023

FACTURE

**A la suite de la consultation du 05/09/2023 de MME CHAOUQ
NEZHA
je présente la facture dont détail se trouve ci-dessous :**

ACTE :	MONTANT
SPIROMETRIE	600.00DH

Merci de votre confiance



A handwritten signature is written over a blue circular stamp. The stamp contains the following text in Arabic and French:
Dr. Zine El Abidine Ben Ali
Pneumologist
22, Bd. Youssef Ben Ali
Ref. Espace Yaâbia
Tel: 0522 98 19 00
Casablanca



CABINET D'EXPLORATIONS FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES

PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE SOMMEIL

DR ZINEB BERRADA

22 BD Yaacoub El Mansour, N°27, Mâarif, Casablanca Tel, 0522981219

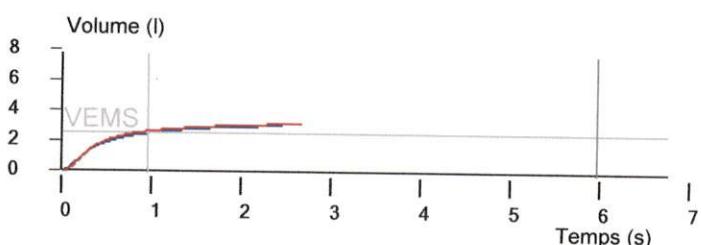
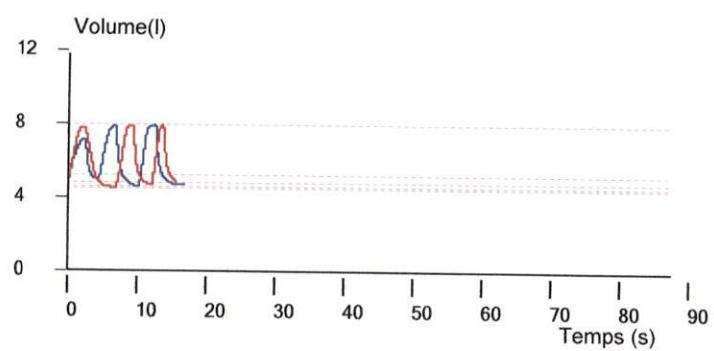
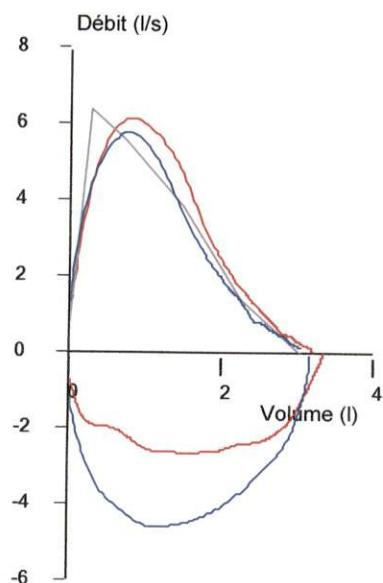
Nom : **Nezha Chaouq**

Taille: 168 cm Age: 57 Ans Date Naissance: 13/01/1966

ID: **NezCha13011966**

Poids: 68 kg Genre: Féminin BMI: 24,1 kg/m²

Medication: Post: Salbutamol



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CV	l	3,07	3,34	109	3,38	110	1	0,0
CI	l	2,51	2,69	107	3,08	123	14	1,4
VC	l		3,12		3,15		1	0,0
VRE	l	0,87	0,64	74	0,30	35	-53	-0,53

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
VEMS	l	2,61	2,63	101	2,79	107	6	0,6
CVFex	l	3,07	3,10	101	3,24	106	5	0,5
VEMS/CV	%	78	85		86		1	0,0
DEP	l/s	6,42	5,78	90	6,16	96	7	0,7
DEM25	l/s	1,45	1,29	89	1,39	96	8	0,8
DEM50	l/s	3,85	3,59	93	4,28	111	19	1,9
DEM75	l/s	5,58	5,78	103	6,15	110	6	0,6
DEM 25-75	l/s	3,08	3,22	104	3,53	114	10	1,0
tex	s		2,5		2,9		16	1,6

Commentaire: Bonne coopération:
Courbe débit volume normale.

Dr. Zineb BERRADA
Pneumologue Allergologue Sommeilologue
22, Bd Yaacoub El Mansour
Rés. Espace Yaacoub El Mansour
Technicien

Date: 05/09/2023

Temps: 18:37

Température ambiante:

23 °C

Pression ambiante:

999 hPa

Humidité ambiante :

50 %