

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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° P19- 0039636

ND 40332

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 619 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FANE EL KHAYAT

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : DOMAINE DE DARB APT ADL RDC DAR

BOU AZZA - CASABLANCA

Tél. : 0636228961 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14 / 9 / 2020

Nom et prénom du malade : EL FANE Mina Age : 68 ans

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

Nature de la maladie : Allergie

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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 15/09/2020

17 SEP. 2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/09/2020 | K ₃₀ | | + 300 PH 600 PH | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 14/09/2020 | 119,10 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

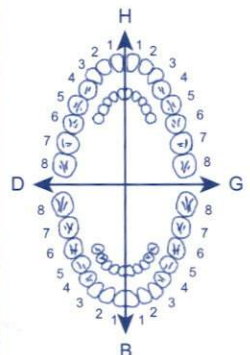
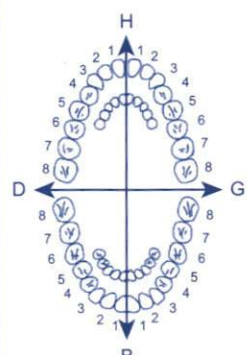
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canaux, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|---|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B | | | Coefficient DES TRAVAUX |
|  | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Abdelaziz AICHANE

Spécialiste en pneumologie-Allergologie

Cabinet des explorations pneumologiques et allergologiques

Asthme et Maladies Allergiques tests cutanés Allergologiques

Désensibilisation Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Bronchoscopie Thoracoscopie Sevrage tabagique



الدكتور عبد العزيز عيشان

أستاذ جامعي سابقا بكلية الطب

و مستشفى 20 غشت الدار البيضاء

أخصائي في أمراض التنفس والحساسية

الضيق و أمراض الحساسية خاليل الحساسية العلاج المناعي
تشخيص الوظائف التنفسية تشخيص الشخير الإقلاع عن التدخين

Casablanca, le :

14/09/2020

EL FANE MINA

11910

- Risonel 50 µg

2 pulverisation, matin, pendant 2 mois

11910

Pharmacie DARTAME
Lot: Hay El Hana
Sofia AICHANE
40, Rue des Hôpitaux - Casablanca
Tél.: 05 22 22 03 03

Dr Abdelaziz AICHANE
Professeur
Pneumo-Allergologie
40, Rue des Hôpitaux
Tél.: 05 22 22 03 03 - CASABLANCA

40, شارع المستشفيات, الطابق الأول, رقم 5 قبالة مصلحة 28 - مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

40, Rue des hôpitaux. 1er étage N°5 en face pavillon 28 - hôpital Ibnou Rochd - Casablanca

الهاتف : 05 22 22 03 03

RISONEL® 0.0

FUROATE DE MOMÉTASONE

Suspension pour pulvérisation nasale.

Boîte d'un flacon

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, lisez attentivement l'avis d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

COMPOSITION DU MÉDICAMENT :

Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise :

Furoate de mométasone monohydratée..... 51,8 microgrammes.

Quantité correspondant à furoate de mométasone anhydre.....50 microgrammes Pour une dose.

Une pulvérisation, délivre une dose de 50 microgrammes de furoate de mométasone anhydre.

Ce médicament se présente sous forme de suspension pour pulvérisation nasale. Boîte de 140 doses. Un flacon correspond à 140 Pulvérisations Les autres composants sont :

Excipients : Glycérine, Cellulose microcristalline et carboxyméthylcellulose sodique, Citrate de sodium dihydraté, Acide citrique monohydraté, solution de chlorure de benzalkonium, Polysorbate 80, Eau purifiée.

Liste des excipients à effet notoire :

Chlorure de benzalkonium, glycérine.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITÉ :

CORTICOÏDE A USAGE LOCAL, (R: système respiratoire).

Le furoate de mométasone est un glucocorticoïde. Il exerce une activité anti-inflammatoire locale.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament contient un corticoïde. C'est un traitement anti-inflammatoire qui s'administre par voie nasale.

Il est indiqué :

- chez l'adulte et l'enfant de plus de 3 ans, en traitement de la rhinite allergique,
- chez l'adulte pour soulager les symptômes liés à la présence de polypes dans les fosses nasales.

POSOLOGIE :

Rhinite allergique :

- Adulte et enfant de plus de 12 ans: la dose habituellement efficace est de 2 pulvérisations dans chaque narine 1 fois par jour le matin. Lorsque les symptômes sont améliorés, la dose peut être diminuée à 1 pulvérisation dans chaque narine par jour.
- Enfant entre 3 et 11 ans: la dose habituellement efficace est de 1 pulvérisation dans chaque narine une fois par jour le matin.

La mise en route et la durée du traitement en sont fonction de l'exposition allergénique.

A20010353/04

Mode d'administration :

Se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

Fréquence d'administration.

Veuillez à toujours prendre ce médicament à la dose prescrite par votre médecin ou pharmacien. Vérifiez les cas de doute.

CONTRE-INDICATIONS :

Ne prenez jamais RISONEL® 50 microgrammes par pulvérisation nasale dans les cas suivants :

- allergie à l'un des composants,
 - saignements du nez,
 - en cas d'herpès du nez, de la bouche ou de la gorge,
 - enfant de moins de 3 ans en l'absence de l'avis de votre médecin.
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN

EFFETS INDÉSIRABLES :

Comme tous les médicaments, RISONEL® 50 microgrammes par pulvérisation nasale est susceptible d'avoir des effets indésirables. Le monde n'y soit pas sujet.

Possibilité de survenue de maux de tête, de gorge, d'irritation ou de sensation de brûlure de la muqueuse du nez, de réactions cutanées, et très rarement de manifestations cutanées, et très rarement de candidose nasale.

Une candidose nasale peut parfois apparaître. En cas de traitement et d'envisager un traitement approprié.

le traitement corticoïde jusqu'à guérison. Très rarement : possibilité de glaucome (augmentation de la pression de l'œil), cataracte (opacification du cristallin de l'œil).

En cas, de persistance des symptômes consultez votre médecin.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A CONSULTER VOTRE MEDECIN

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, consultez votre médecin. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable mentionné dans cette notice.

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

Mises en garde

En cas de surinfection (mouche purulente), d'infection concomitante, prévenir votre médecin.

Professeur Abdelaziz AICHANE

Spécialiste en Pneumologie-Allergologie

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

40Rue Hopitaux 1er étage n°5 Tél:0522220303

Date: 14/09/2020

Température ambiante: 25 °C

Technicien :

Temps: 17:36

Pression ambiante: 1017 hPa

Humidité ambiante : 56 %

Nom : Mina El fane

Taille: 155 cm Age: 68 Ans

Date Naissance:01/01/1952

ID: 1MinEI 01011952

Poids: 63 kg

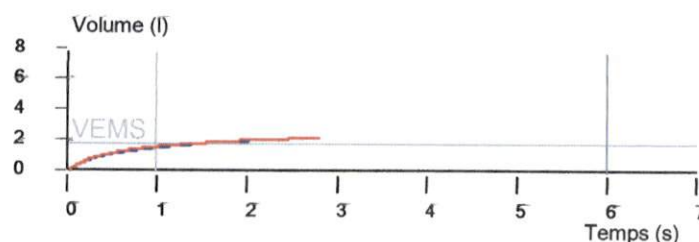
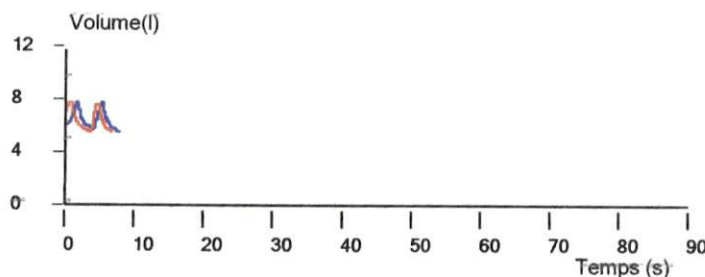
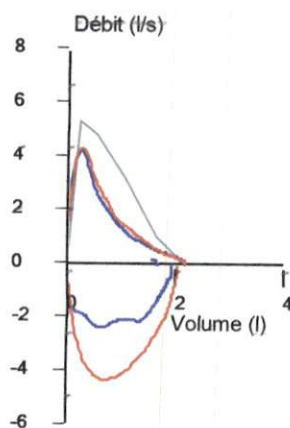
Genre: Féminin

BMI:

26,2 kg/m²

Medication:

SPIROMETRIE



| Paramètre | Unité | LLN | Ref | ULN | Pré | %Ref | Post | %Ref | %Pré | ZScore |
|-----------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|------|--------|
| CV | l | 1,48 | 2,18 | 2,87 | 2,15 | 99 | 2,21 | 102 | 3 | |
| CI | l | | 1,93 | | 1,68 | 87 | 2,21 | 115 | 32 | |
| VC | l | | | | 1,88 | | 1,86 | | -1 | |
| VRE | l | | 0,65 | | 0,47 | 73 | 0,00 | | -100 | |
| Paramètre | Unité | LLN | Ref | ULN | Pré | %Ref | Post | %Ref | %Pré | ZScore |
| VEMS | l | 1,20 | 1,82 | 2,45 | 1,58 | 87 | 1,66 | 91 | 5 | |
| CVFex | l | 1,50 | 2,21 | 2,92 | 2,15 | 97 | 2,21 | 100 | 3 | |
| VEMS/CVF | % | 65 | 76 | 87 | 73 | | 75 | | 3 | |
| DEP | l/s | 3,89 | 5,38 | 6,86 | 4,27 | 79 | 4,39 | 82 | 3 | |
| DEM25 | l/s | -0,10 | 1,04 | 2,17 | 0,61 | 59 | 0,62 | 60 | 2 | |
| DEM50 | l/s | 1,45 | 3,26 | 5,07 | 1,30 | 40 | 1,47 | 45 | 13 | |
| DEM75 | l/s | 2,67 | 4,89 | 7,11 | 2,78 | 57 | 3,11 | 64 | 12 | |
| DEM 25-75 | l/s | 1,15 | 2,55 | 3,94 | 1,20 | 47 | 1,30 | 51 | 8 | |
| tex | s | | | | 2,5 | | 2,8 | | 12 | |

Commentaire: Exploration Fonctionnelle Respiratoire Normale

en dehors d'une obstruction
des petits vaisseaux

Professeur Abdelaziz AICHANE

Dr Abdelaziz AICHANE
Professeur
Pneumo-Allergologie
40, Rue des Hôpitaux
Tél: 05 22 22 03 03 - CASABLANCA

Professeur Abdelaziz AICHANE

Spécialiste en pneumologie-Allergologie

Cabinet des explorations pneumologiques et allergologiques

Asthme et Maladies Allergiques tests cutanés Allergologiques

Désensibilisation Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Bronchoscopie Thoracoscopie Sevrage tabagique



الدكتور عبد العزيز عيشان

أستاذ جامعي سابقا بكلية الطب

ومستشفى 20 غشت الدار البيضاء

أخصائي في أمراض التنفس والحساسية

الضيق وأمراض الحساسية خاليل الحساسية العلاج المناعي
تشخيص الوظائف التنفسية تشخيص الشخير الإقلاع عن التدخين

Casablanca, le :

14/09/2020

Facture

EL FANE MINA

| Acte | QTE | Honoraire |
|---------------------|-----|------------------|
| EFR SPIROMETRIE K30 | 1 | 600,00 Dh |
| Consultation | 1 | 300,00 Dh |
| Total | | 900,00 Dh |

Arrêté la présente facture à la somme de :
neuf cents dirham(s)

Dr Abdelaziz AICHANE
Professeur
Pneumo-Allergologie
40 - Rue des Hôpitaux
Tél.: 05 22 22 03 03 - CASABLANCA

40. شارع المستشفيات. الطابق الأول. رقم 5 قبالة مصلحة 28 - مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

40, Rue des hôpitaux. 1er étage N°5 en face pavillon 28 - hôpital Ibnou Rochd - Casablanca

الهاتف : 05 22 22 03 03