

# 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-592938

53838

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11615 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN HAMZA Sony - Amine

Date de naissance : 26/03/1986

Adresse : Harhoura

Tél. : 66170076 Total des frais engagés : 1109,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cache du médecin : Dr. BEN DA Nadia  
Pneumo Allergologue  
Rés. Ennaïm, Imm G, Apt 3,  
El Khansaa, El Wifaq - Témara  
Tél: 05 37 64 62 95

Date de consultation : 1 DEC 2020

Nom et prénom du malade : BEN HAMZA Sony - Amine

Lié de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : Asthme

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.

ACCUEIL

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 : 22/12/2020

VOLET ADHERENT



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
05/12/2021	C	2	100 DH	INP: 101182806
05/12/2021	Spinothérapie	1	100 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/12/22	1052,7

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	

VOLET ADHERENT

conditionné par la fourniture de

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
C		200 DH	101182800
Spironolactone			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/12/22	1052,72

## 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	

VOLET ADHERENT

Le praticien est prié

de respecter :

**Miflasone®**  
200 microgrammes

اونبريز  
بريز هالر 150 ميكروغر

مسحوق للاستنشاق في كبسولات  
اندكتورول

RESPECTER LES DOSES

30 كبسولة و بخاخ الاستنشاق

Liste I - Uniquement sur  
Ne laisser ni à la portée, ni à la vue  
des enfants.

6 118001 030255

MIFLASONE® 200 µg  
Poudre pour

ONBREZ® BREEZHALER® 150 µg  
Poudre pour inhalation en gélule  
Boîte de 30  
PPV : 484 DH



6 118001 031115

**BUDENA®**

Budésonide

100 mcg

Suspension pour  
pulvérisation nasale

LOT: 14520008  
PER: 05/2025  
PPU: 99,70 DH

LAI  
20 M

20 M

LOT: 14520004  
PER: 03/2025  
PPU: 66,40 DH

LAI  
20 M

LOT: 14520003  
PER: 03/2025  
PPU: 33,20 DH

200 doses

Agiter avant l'emploi

200 doses

Agiter avant l'emploi

LOT: 0036N015  
EXP: 06/2021  
PPV: 149DH00

LOT: 0036N014  
EXP: 06/2021  
PPV: 149DH00

# Dr. Nadia BERRADA

Spécialiste en pneumophthysiologie  
allergologie

Diplôme universitaire en addictologie  
Diplôme universitaire en exploration  
fonctionnelle respiratoire



## الدكتورة نادية برادة

طبيبة متخصصة في الأمراض  
الصدرية والتنفسية

دبلوم جامعي في الإدمان على التدخين والمخدرات  
دبلوم قياس الوظيفة النفسية

Témara, le 01/12/2020 تمارة، في

### MR BEN HAMZA SAMY AMINE

- Miflasone 200 µg 71,40  
1 Gélule à inhaler matin, soir, pendant 1 mois. Se laver la  
bouche après
- Onbrez 150 ug 489,5  
1 dose, matin, pendant 1 mois
- Budena 100 µg 149,5 x 2 = 298,0  
2 pul le matin dans chaque narine pdt 3 mois
- Labixten 20 mg 33,2  
1 Comprimé le soir pendant 3 mois

66,40  
99,20

1052,2

PHARMACIE HARHOURA  
Docteur / M. Mohammed BERRADA  
15, rue Dar Essalam, Guy Ville 12014 HARHOURA  
Tél: 05 37 74 12 50 E-mail: sbiamed@hotmail.com

D. BERRADA Nadia  
Pneumo Allergologue  
Rés. Ennaim, Im. 6, Apt. 3,  
Avenue Khansaa, El Wifag, Témara  
Tél: 05 37 64 61 95

**Dr. Nadia BERRADA**

**Spécialiste en pneumophtisiologie  
allergologie**

Diplôme universitaire en addictologie  
Diplôme universitaire en exploration  
fonctionnelle respiratoire



**الدكتورة نادية برادة**

**طبيبة متخصصة في الأمراض  
الصدرية والتنفسية**

دبلوم جامعي في الإدمان على التدخين والمخدرات  
دبلوم قياس الوظيفة النفسية

تمارة، في 01/12/2020

## Facture

**MR BEN HAMZA SAMY AMINE**

**Acte**

Consultation

Spirométrie

**Total**

**Honoraire**

250,00 Dh

500,00 Dh

**750,00 Dh**

Arrêté la présente facture à la somme de :  
750,00 Dirhams

ICE : 001975814000015

D. BERRADA Nadia  
Pneumo Allergologue  
Rés. Ennahd, Imm G, Apt 3,  
Av. El Khansaa, El Wifaa - Témara  
Tel: 05 37 64 61 95



**Dr BERRADA Nadia**

Cabinet de Pneumologie et Allergologie

Rés. Annaïm Imm. G 3 Al Wifak TEMARA

**Date de la visite 01/12/2020**

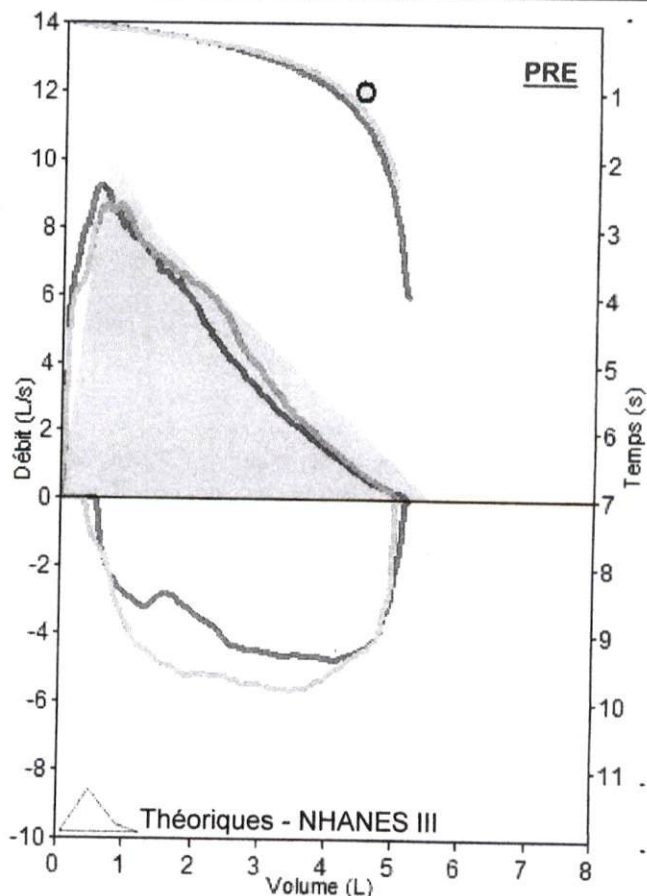
ID du patient 01002	Age	34
Prénom samy-amine	Sexe	Homme
Nom benhamza	Taille, cm	180
Date naissance 26/03/1986	Poids, kg	100
Groupe ethnique Caucasien	BMI	30,86
Tabac	Pack-Année	
Filter Archive list		

**Interprétation**

 Spirométrie Normale  
 Bronchodil° NON significative  
 WARNING: CHG DEM25-75 = 24%

**Meilleures valeurs de tous les tests**

Paramètres	LLN	ULN	PRE %Théor	POST %Théor	%Chg
CVF (L)	4,60	6,51	5,16	93	5,03
VEMS (L)	3,67	5,29	4,06	91	4,23
VEMS% (%)	71,4	90,7	78,70	97	84,10
DEP (L/s)	8,07	12,82	9,55	91	8,80



imprimé avec winspiroPRO 5.5.1Mod.C11

**Date du test PRE 01/12/2020 11:11:59** BTPS 1,115 20°C 68°F **POST Bronchodilatation Salbutamol - 11:34:19**

Paramètres	LLN	ULN	Pred	PRE #1	%Théor.	POST#1	%Théor.	%Chg
CVF (L)	4,60	6,51	5,56	5,16	93	5,03	91	-3
VEMS (L)	3,67	5,29	4,48	4,06	91	4,23	94	4
VEMS/CFV (%)	71,4	90,7	81,0	78,7	97	84,1	104	7
DEP (L/s)	8,07	12,82	10,45	9,55	91	8,80	84	-8
AgeP (Age)			34					
DEM25-75 (L/s)	2,72	5,99	4,35	3,64	84	4,50	103	24
CVIF (L)	4,60	6,51	5,56	4,61	83	4,63	83	0
CVI (L)	4,60	6,51	5,56					
CVE (L)	4,60	6,51	5,56	4,99	90			
CV (L)	4,60	6,51	5,56	4,99	90			
VEMS/CV (%)	71,4	90,7	81,0	81,4	100			
CI (L)			3,80					
VRE (L)	1,44	2,08	1,76					
VEM6 (L)	4,53	6,39	5,46	5,16	95	5,03	92	-3
DEM75% (L/s)	5,69	12,37	9,03	7,21	80	7,52	83	4
DEM50% (L/s)	3,88	7,18	5,53	3,95	71	5,14	93	30

**Conclusions / Diagnostic**

Spirométrie post bronchodilatation normale  
 Amélioration de 2170ml ple VEMS

Signature

D. BERRADA Nadia  
 Pneumologue Allergologue  
 Rés. Annaïm Imm. G 3 Al Wifak TEMARA  
 Av. El Khansaa, El Wifak TEMARA  
 Tel: 05 97 34 61 95

 Instrument de mesure utilisé  
 Minispir II S/N C02413

**MIR**