

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° W19-450726

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

13169

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Faggani El mehdi

Date de naissance :

21/09/1991

Adresse :

Resd diar salam, Imm 501, App 7
Casablanca

Tél. :

06 61 31 83 29

Total des frais engagés :

1041,9

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BADI Hanane
Maladies Infectieuses
et Tropicales

Date de consultation :

05/09/2019

Nom et prénom du malade :

Dehdi FAGGANE

Age :

28ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Pneumopathie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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

Le :

16/09/19


Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]
MUPRAS


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
02.05.2015		05	400,00	Dr. BADI HADJI Maladies Infectieuses et Tropicales

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/09/2019	143,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/09/19	3280	318,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

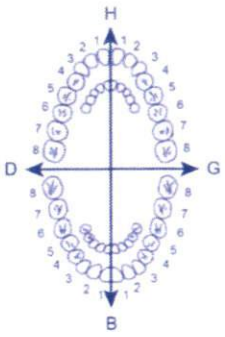
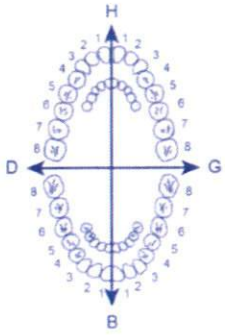
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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

Casablanca, le 05.08.2019.
Dr. BADI Hanane
Maladies Infectieuses
et Tropicales

Nr Nehdi FAGGANE

$$49,70 \times 2 = 159,40$$

1 - Azix 500mg Cp
rep 1j m de 7js

14,50

2 - Andol 1000mg

rep x 3j

m de 7js

143,90

Angle boulevard Nador et Atlantide, quartier POLO - Casablanca

Tél.: 0522 79 33 00 / 0522 21 80 31 - Fax : 0522 21 32 95

E-mail : avicenne.clinic1@gmail.com

Dr. BADI Hanane
Maladies Infectieuses
et Tropicales

PPV 79DH70
PER 04/22
LOT 1836

PPV 79DH70
PER 05/22
LOT 11250



zit

TATION



Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement des infections dues aux germes sensibles telles que :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :
Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

TABLEAU A (LISTE I).



bottu SA

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaâ - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

ANDOL® 1000 mg

Boîte de 8 Comprimés effervescents Paracétamol

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, demandez plus d'information à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais 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.

2 - COMPOSITION DU MÉDICAMENT

Principe actif : Paracétamol 1000 mg
Excipients : Acide citrique anhydre, Bicarbonate de sodium, Sorbitol, Carbonate de sodium anhydre, Povidone K29-30, Macrogol 6000, Arôme orange 74016-17, Arôme abricot 75731-31, Saccharine sodique, Aspartame, Beta-carotène 1%, Stéarate de magnésium q.s.p un comprimé effervescent.

Excipients à effet notoire : Sodium, Sorbitol, Aspartame.

2- CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITÉ
Classe pharmacothérapeutique : AUTRES ANALGESIQUES ET ANTI-PYRETIQUES-ANILIDES - Code ATC : N02BE01

3 - INDICATIONS THERAPEUTIQUES

ANDOL est un antalgique (calme la douleur) et un antipyrétique (fait baisser la fièvre).

La substance active de ce médicament est le paracétamol.

Il est utilisé pour traiter la douleur et/ou la fièvre, par exemple en cas de maux de tête, d'état grippal, de douleurs dentaires, de courbatures, de règles douloureuses.

Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (soit à partir d'environ 15 ans). Lire attentivement la rubrique Posologie.

Pour les enfants pesant moins de 50 kg, il existe d'autres présentations d'ANDOL dont le dosage est plus adapté. N'hésitez pas à demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

4 - POSOLOGIE

Attention ! Cette présentation contient 1000 mg de paracétamol par unité : ne pas prendre 2 comprimés à la fois.

Respectez toujours la dose prescrite par votre médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant pesant plus de 50 kg (soit à partir d'environ 15 ans).

Pour les enfants ayant un poids inférieur à 50 kg, il existe d'autres présentations d'ANDOL dont le dosage est plus adapté. N'hésitez pas à demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Posologie chez l'adulte et l'enfant à partir de 50 kg (soit à partir d'environ 15 ans)

La posologie usuelle est de 1 comprimé à 1000 mg par prise, à renouveler au bout de 6 à 8 heures. En cas de besoin, la prise peut être répétée au bout de 4 heures minimum.

Dose de paracétamol à ne jamais dépasser

• Chez un adulte ou un enfant pesant plus de 50 kg :

Il n'est généralement pas nécessaire de dépasser 3 grammes de paracétamol par jour (soit 3 comprimés effervescents par jour).

Cependant, si vous avez des douleurs plus intenses, et uniquement sur les conseils de votre médecin, la dose totale peut être augmentée jusqu'à 4 grammes de paracétamol par jour (soit 4 comprimés effervescents par jour).

NE JAMAIS PRENDRE PLUS DE 4 GRAMMES DE PARACETAMOL PAR JOUR (en tenant compte de tous les médicaments contenant du paracétamol dans leur formule).

Situations particulières :

La dose maximale journalière ne doit pas dépasser 60 mg/kg/jour (sans dépasser 3 g/jour) dans les situations suivantes :

- si vous pesez moins de 50 kg,
- si vous avez une maladie du foie ou une maladie grave des reins,
- si vous buvez fréquemment de l'alcool ou que vous avez arrêté de boire de l'alcool récemment,
- si vous souffrez de déshydratation,
- si vous souffrez par exemple de malnutrition chronique, si vous êtes en période de jeûne, si vous avez perdu beaucoup de poids récemment, si vous avez plus de 75 ans ou si vous avez plus de 65 ans et que vous avez des maladies de longue durée, si vous êtes atteint du virus du SIDA ou d'une hépatite virale chronique, si vous souffrez de mucoviscidose (maladie



Lot N° :

A ut. av. :

PPV(DH) :

14.50

Si vous avez l'impression que l'effet d'ANDOL est trop fort ou trop faible, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Durée du traitement

Sauf avis médical, la durée du traitement est limitée :

• à 5 jours en cas de douleurs,

• à 3 jours en cas de fièvre.

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours, si elles s'aggravent, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

5 - CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais ANDOL 1000 mg, comprimé effervescent :

• Si vous êtes allergique (hypersensible) au paracétamol ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique composition.

• Si vous avez une maladie grave du foie.

• En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire décelée à la naissance), en raison de la présence d'aspartame.

• Pour traiter un enfant de moins de 6 ans car il peut avaler de travers et s'étouffer. Utilisez une autre forme.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent.

Vérifiez que vous ne prenez pas d'autres médicaments contenant du paracétamol, y compris si ce sont des médicaments obtenus sans prescription.

Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.

(voir « Posologie » et « Symptômes et instructions en cas de surdosage »)

6 - EFFETS INDÉSIRABLES

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

- Rarement, une réaction allergique peut survenir :
 - boutons et/ou des rougeurs sur la peau,
 - urticaire,
 - brusque gonflement du visage et du cou pouvant entraîner une difficulté à respirer (œdème de Quincke),
 - malaise brutal avec baisse importante de la pression artérielle (choc anaphylactique).

Si une allergie survient, vous devez immédiatement arrêter de prendre ce médicament et consulter rapidement votre médecin. À l'avenir, vous ne devez plus jamais prendre de médicaments contenant du paracétamol.

• De très rares cas d'effets indésirables cutanés graves ont été rapportés :

• Exceptionnellement, ce médicament peut diminuer le nombre de certaines cellules du sang : globules blancs (leucopénie, neutropénie), plaquettes (thrombopénie) pouvant se manifester par des saignements du nez ou des gencives. Dans ce cas, consultez un médecin.

• Autres effets indésirables possibles (dont la fréquence ne peut être estimée sur la base de données disponibles) : troubles du fonctionnement du foie, diminution importante de certains globules blancs pouvant provoquer des infections graves (agranulocytose), destruction des globules rouges dans le sang (anémie hémolytique chez les patients présentant un déficit en glucose 6 phosphate déshydrogénase), éruption cutanée en plaques rouges arrondies avec décoloration et sensation de brûlure, laissant des taches colorées et pouvant apparaître aux mêmes endroits en cas de reprise du médicament (érythème pigmenté fixe), douleur localisée dans la poitrine qui peut irradier vers l'épaule gauche et la mâchoire d'origine allergique (syndrome de Kounis), difficulté à respirer (bronchospasme). Dans ce cas, consultez un médecin.

Déclaration des effets secondaires

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

7 - MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES

par des infections
maladie de Gilbert
du taux de bilirubine

MEDECIN OU A VOTRE

d'eau. Attendez la
après le contenu du

leur ou la fièvre ne

pacées, y compris la
es.
ures minimum.
sévère), vous devez

Casablanca, le

05.08.2018

Nehdi FEGANNE

1 - Rx 
RADIOLOGIE
CASA BOUHAZEL
148 Avenue Colonel El Adam, Casablanca
Casablanca Tel: 85 22 71 02 80
face


Dr. BADI Hanane
Maladies Infectieuses
et Tropicales

Laboratoire Assalam Medigenes

E 1060919004
FEGGANE Mehdi

Casablanca, le

07.08.2019

21/09/1991



NFS

Mehdi FEGGANE

1 - NFS

2 - CRB

3 - ASAT - ALAT

LABORATOIRE ASSALAM-MEDIGENES
D'ANALYSES MEDICALES
Y. DRISSI K. - BIOLOGISTE
Résidence ANNAKHLA - Imm. A5 - 1er ét - N° 3
Bd Akid El Allam - Quartier Bournazel
CASABLANCA
Tél. : 05.22.56.51.02 - Fax : 05.22.56.51.03

Dr. BADI Hanane
Maladies Infectieuses
et Tropicales

Angle boulevard Nador et Atlantide , quartier POLO - Casablanca

Tél.: 0522 79 33 00 / 0522 21 80 31 - Fax : 0522 21 32 95

E-mail : avicenne.clinic1@gmail.com

**Facture****N° facture 2019-04779****Patient Mr FEGGANE Mehdi****Prélèvement du 06/09/2019**

Analyses	Val ur en B	Montant
HEMOGRAMME : NFS + PLQ	80	88,00
CRP : PROTEINE-C REACTIVE	100	110,00
SGOT/ASAT aspartate aminotransférase	50	55,00
SGPT/ALAT alanine-aminotransférase :	50	55,00
Total B	280	308,00
APB	1,0	10,00
Total		318,00

Arrêtée la présente facture à la somme de Trois cent dix-huit dirham***

LABORATOIRE ASSALAM-MEDIGENES
D'ANALYSES MEDICALES
Y. BRISSEK - BIOLOGISTE
Résidence ANNAKHLA - Imm. A5 - 1er ét - N° 3
Bd Akid El Allam - Quartier Bournazel
C A S A B L A N C A
Tél. : 05.22.56.51.02 / Fax : 05.22.56.51.03



مختبر السلام مديجين
للتحليلات الطبية والعلمية
LABORATOIRE ASSALAM MEDIGENES
D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES
Biochimie, Bactériologie-Virologie, Hygiène-Alimentaire
Hématologie, Immunologie
Parasitologie-Mycologie, Exploration de l'Infertilité



INP 093001386

يوسف إدريسي قيطوني

Youssef IDRISSI KAÏTOUNI
Pharmacien Biologiste
Diplômé de l'Université de Lille

Dossier N° : 060919-004 Pvt du: 06/09/2019 8:08

Nom : Mr FEGGANE Mehdi

Demandé par Dr : BADI HANANE

Casablanca, le 06/09/2019

Compte rendu d'analyses



Page : 1/1

ANALYSES D'HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME : NFS + PLQ

			Valeurs Usuelles	Antériorité
Globules rouges	:	5,00 10 ⁶ /mm ³	(4,2 - 5,7)	
Hémoglobine	:	14,80 g/dl	(14 - 17)	
Hématocrite	:	43 %	(40 - 52)	
VGM	:	85 fL	(80 - 95)	
TGMH	:	29 pg	(27 - 33)	
CCMH	:	34 g/dl	(32 - 36)	
Globules blancs	:	10420 /mm ³	(4000 - 10000)	
Formule sanguine	:			
Neutrophiles	:	71 % 7398,00 /mm ³	(2000 - 7500)	
Eosinophiles	:	0 % 0,00 /mm ³	(Inférieur à 400)	
Basophiles	:	0 % 0,00 /mm ³	(Inférieur à 150)	
Lymphocytes	:	16 % 1667,00 /mm ³	(1500 - 4000)	
Monocytes	:	13 % 1355,00 /mm ³	(40 - 800)	
Plaquettes	:	166000 /mm ³	(150000 - 400000)	

ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

			Valeurs Usuelles	Antériorité
CRP : PROTEINE-C REACTIVE	:	184,00 mg/l	(Inférieur à 5)	
(Technique : Immunoturbidimétrie)				
SGOT/ASAT aspartate aminotransférase	:	41,00 UI/l	(Inférieur à 40)	
(Technique : Cinétique IFCC/HITACH911)				
SGPT/ALAT alanine-aminotransférase :	:	40,00 UI/l	(Inférieur à 50)	
(Technique : Cinétique enzymatique à 37 C)				

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

Le Biologiste
شارع العفيد العلام - إقامة النخلة 5، الطابق الأول رقم 3 - حي البورنازيل - الدار البيضاء
Bd Akid El Allam - Résidence Annakhla Imm. A5, 1er Etage N°3 - Quartier Bournazel - Casablanca
Tél : 05 22 56 51 02 / 05 22 37 02 03 - Fax : 05 22 56 51 03 - E-mail : labomedigenes@gmail.com
IF : 42138380 - PAT 32759422 - ICE : 001685010000058 - CNSS : 6405618



Dr. Ouadia EL ALAMI

د. وديعة العلمي

Dr. Nadia MARDHI

د. نادية مرزي

Casablanca, le 06/09/2019

FACTURE N° : 03588/2019

Nom & Prénom : FAGGANE EL MEHDI

Date d'examen : 06/09/2019

<i>Examens</i>	<i>Honoraires</i>
RX THORAX FACE	150 DH
NET A PAYER	150 DH

Arrêté à la somme de :
CENT CINQUANTE DH





Dr. Ouadia EL ALAMI

د. وديعة العلمي

Dr. Nadia MARDHI

د. نادية مرضي

Casablanca , le 06/09/2019

PATIENT : FAGGANE EL MEHDI

EXAMEN(S) REALISE(S) : RX THORAX FACE

RESULTAT :

- Opacité parenchymateuse pulmonaire para hilare droite, de contours flous.
- Culs-de-sac pleuraux latéraux libres.
- Absence d'élargissement de la silhouette cardiaque.

Aspect à confronter au reste du bilan notamment infectieux ainsi qu'une éventuelle TDM thoracique.

Merci de votre confiance

Signé : Dr MARDHI

