

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.

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 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 065277

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

ND: 23108 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8372 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ATIBI Faugia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02 Mars 2020

Nom et prénom du malade : ATIBI Faugia Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
35533411	11433553									
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	Date du devis									
		Fin de								

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-389052	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-389052

DATE DE DEPOT

28/02/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 8372
Nom & Prénom <u>ATBIB FAHZA</u>		
Fonction : <u>Smir</u>	Phones <u>0668466040</u>	
Mail <u>FATIBIB@royalairmaroc.ma</u>		

MEDECIN	Prénom du patient <u>ATBIB FAHZA</u>
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie	Date <u>20/02/2020</u>
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances	
<u>Affectation usuelle</u>	

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>WFO</u>	<u>21</u>	<u>250000</u>
<u>Prothèse partielle</u>		

PHARMACIE	Date <u>28/02/2020</u>
Montant de la facture	<u>125,50</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
CACHET		

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	
				CACHET

Signature Dr. Mohammed EL BRAHIMI
Dentiste
5 Bis, Rue Ibnou Boudik - Casablanca
Tél: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47

Signature Dr. Mohammed EL BRAHIMI
Dentiste
Pharmacie Yacoub EL MANSOUR
Mme ZINEB EL MANSOUR
63-52-04-52-04
Tél: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47

Consultations :
Pneumophitiologie
Allergologie - Asthme
Sommeil et ronflement
Sevrage tabagique
Réhabilitation respiratoire
Oncologie

Laboratoire de physiologie clinique
Pléthysmographie
Spiromtrie - Oscilling
Polysomnographie
Gaz du sang artériel
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

**Endoscopie diagnostique
et interventionnelle**
Fibroscope bronchique
Bronchoscopie rigide
Thoracoscopie

الدكتور محمد البراهيمي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophitiologue

الدكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophitiologue

Casablanca le 26/02/2020

Madame ATBIB Fouzia

79-70
zithromax 500: 1/j x 03j

4580
cortancy 20: 3cp le matin x 02j puis 2cp le matin x 05j

omiz20: 1 le soir

Prendre rendez-vous sur : casasouffle@gmail.com

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophitiologue
5 Bis, Rue Ibnou Babik - Casablanca
Tél.: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47

125,50
Pharmacie Yacoub El Mansout
Mme ZINEB BENNIS
63-65, Bd Yacoub El Mansout
Tél.: 022 25 52 04 - Casablanca

20 mg

Prednisone

Comprimé sécable

sanofi aventis

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

Prednisone 20 mg

Excipients : amidon de maïs, lactose, talc, stéarate de magnésium pour un comprimé sécable.

Forme pharmaceutique

Comprimé sécable (boîte de 20).

Classe pharmaco-thérapeutique

GLUCOCORTICOÏDE - USAGE SYSTEMIQUE

(H : Hormones non sexuelles)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

ATTENTION !

Dans quel cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- antécédent d'allergie à l'un des constituants.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Mises en garde spéciales

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladies du colon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment

ZITHROMAX 500 MG**Boîte de 03 comprimés****Lot : 1279481****Date Fab: 08 / 2019 Date Exp: 07 / 2024****PPV : 79.70 DH****0 mg****boîte de 3****VE****Prendre ce médicament car elle****lire.**

- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère.

- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.

- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier/ère. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

1. Qu'est-ce que Zithromax® et dans quel cas est-il utilisé ?

Le groupe pharmacothérapeutique : Zithromax® est un antibiotique, appartenant au groupe des azalides (macrolides). Il s'agit d'un dérivé semi-synthétique de l'érythromycine.

Indications : Elles procèdent de l'activité antibactérienne et des caractéristiques pharmacocinetiques de l'azithromycine. Elles tiennent compte à la fois des études cliniques auxquelles a donné lieu ce médicament et de sa place dans l'éventail des produits antibactériens actuellement disponibles. Elles sont limitées aux infections dues aux germes définis comme sensibles :

- Angines documentées à streptocoque A bêta-hémolytique, en alternative au traitement par bêta-lactamines, particulièrement lorsque celui-ci ne peut être utilisé.
- Surinfections des bronchites aiguës.
- Exacerbations des bronchites chroniques.
- Infections stomatologiques. Il convient de tenir compte des recommandations.

Votre médecin est la seule personne autorisée à vous prescrire l'usage de cet antibiotique. Quelle que soit l'indication de traitement que vous envisagez, n'entamez jamais de votre propre initiative un traitement par Zithromax. Il en va de votre sécurité.

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Zithromax® ?

Ne prenez jamais Zithromax® : - si vous êtes allergique à l'azithromycine, à l'érythromycine, aux antibiotiques macrolides ou tétracyclines ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament mentionnés dans la rubrique 6. **Avertissements et précautions :** Adressez-vous à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère avant de prendre Zithromax®. - Comme avec l'érythromycine et les autres médicaments du groupe des macrolides, des réactions allergiques graves ou des réactions dermatologiques graves ont été décrites dans de rares cas. Certaines de ces réactions ont provoqué des symptômes récurrents, nécessitant un prolongement de la période de surveillance et de la durée du traitement. - Si vous avez des problèmes de foie ; il se peut que votre médecin doive contrôler le fonctionnement de votre foie ou arrêter le traitement. - Le Zithromax® sera administré avec prudence chez les patients présentant une maladie du foie. Si des signes et des symptômes d'un dysfonctionnement du foie apparaissent comme un affaiblissement pathologique de l'état général (asthénie) progressant rapidement associé à une jaunisse, une urine foncée et une tendance à saigner ou une encéphalopathie hépatique (atteinte diffuse de l'encéphale due à une maladie grave du foie, aussi appelée encéphalopathie hépatique), il faut en aviser immédiatement le médecin. - Si vous avez eu des problèmes de

que vous n'auriez dû : Si vous avez pris trop de Zithromax®, prenez immédiatement contact avec votre médecin, votre pharmacien. Les événements indésirables survenus à des doses supérieures aux doses recommandées étaient similaires à ceux observés à des doses normales. En cas de surdosage, des mesures générales symptomatiques et supportives sont indiquées si nécessaire. **Si vous oubliez de prendre Zithromax® :** Il est important de prendre Zithromax® régulièrement, à la même heure chaque jour. Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre. **Si vous arrêtez de prendre Zithromax® :** N'arrêtez jamais de votre initiative le traitement sans en parler à votre médecin ou à votre pharmacien car les symptômes peuvent réapparaître si toutes les bactéries ne sont pas tuées. Ne continuez pas au-delà de la durée prévue de traitement sans autorisation de votre médecin. Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin, à votre pharmacien ou à votre infirmier/ère. **Si aucune amélioration n'apparaît, veuillez consulter à nouveau votre médecin.**

4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde. **Les effets indésirables avec Zithromax® peuvent inclure :** Effets indésirables très fréquents (peuvent affecter plus d'un patient sur 10) : Diarrhée Effets indésirables fréquents (peuvent affecter jusqu'à 1 patient sur 10) : • Maux de tête • Vomissements, douleurs abdominales, nausées • Modifications du bilan sanguin (diminution de la numération lymphocytaire et du taux de bicarbonate sanguin ; augmentation du taux des éosinophiles, du taux des basophiles, des monocytes et des neutrophiles) Effets indésirables peu fréquents (peuvent affecter jusqu'à 1 patient sur 100) : • Mycose attribuable à un champignon du genre Candida (Candidose), candidose buccale, infection vaginale, pneumonie, infection attribuable à des champignons (fongique), infection bactérienne, inflammation du pharynx (pharyngite), inflammation de l'estomac et de l'intestin (gastro-entérite), trouble respiratoire, rhume • Modifications de la formule sanguine (leucopénie, neutropénie), augmentation d'un type de globules blancs (éosinophilie) • Œdème de Quincke, allergies (hypersensibilité) • Anorexie • Nervosité, insomnie • Etourdissement, somnolence, trouble du goût (dysgueusie), trouble de la sensibilité (paresthésie) • Déficience visuelle • Trouble de l'oreille, vertiges • Palpitations • Bouffée de chaleur • Difficulté à respirer (dyspnée), saignement de nez (épistaxis) • Constipation, flatulence, troubles digestifs (dyspepsie), inflammation de l'estomac (gastrite), difficulté à avaler (dysphagie), distension abdominale, bouche sèche, renvoi, ulcère dans la bouche, hypersalivation (ptyalisme) • Eruption cutanée, démangeaison (prurit), urticaire, inflammation de la peau (dermatite), sécheresse cutanée, transpiration anormalement abondante (hyperhidrose) • Atteinte infectieuse d'une articulation (ostéoarthrite), douleur musculaire (myalgie), douleur au niveau de la colonne vertébrale (dorsalgie), douleur au niveau du cou (cervicalgie) • Difficulté à uriner (dysurie), douleur aux reins • Saignement de l'utérus (métrorragie), trouble testiculaire • Gonflement (œdème), affaiblissement de l'état général (asthénie), malaise, fatigue, gonflement du visage, douleur thoracique, fièvre, douleur, œdème périphérique • Modifications du bilan sanguin (augmentation de l'aspartate aminotransférase, de l'alanine aminotransférase, de la bilirubine sanguine, de l'urée sanguine, de la créatinine sanguine, de la phosphatase alcaline, du chlorure, du glucose, du taux de plaquettes et du bicarbonate ; anomalie du potassium sanguin et du sodium ; diminution de l'hématocrite) • Complication suite à une intervention. **Effets indésirables rares (peuvent affecter jusqu'à 1 patient sur 1000) :** • Agitation • Anomalie de la fonction du foie, jaunisse cholestatique • Réaction de photosensibilité Effets indésirables de fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles) • Affection du gros intestin (colite pseudomembraneuse) • Modifications du bilan sanguin (thrombocytopénie, anémie hémolytique) • Réaction allergique grave potentiellement fatale (réaction anaphylactique) • Agressivité, anxiété, délire, hallucination • Syncope, convulsions, déficit de la sensibilité (hypoesthésie), hyperactivité psychomotrice, diminution ou perte de l'odorat (anosmie), perte du goût (agueusie), trouble olfactif (parosmie), douleur musculaire anormale (myasthénie) grave • Altération de l'ouïe (y compris perte auditive et/ou sensation auditive anormale (acouphène)) • Troubles du rythme cardiaque

(الدكتور ع. الناصري)
Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophysiologue



(الدكتور محمد البراهيمي)
DOCTEUR M. EL IBRAHIMI
PNEUMOPHTISIOLOGUE

5 bis rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - CASABLANCA
Téléphone : 05 22 94 92 46 / 05 22 94 93 47 - Fax : 05 22 94 91 23
E-mail : soufflemaroc@gmail.com - Site web : www.cmr-maroc.com

Casablanca, le 20/02/2020.

M ATBIB - fagip
Honoraires versés

Le	Consultation	DH
Le	Radiographie Pulmonaire Face :	DH
Le	Radiographie Pulmonaire Profil	DH
Le	Pléthysmographie / DLCO	DH
Le	Spirometrie - Oscilling	DH
Le	Polysomnographie + Polygraphie	DH
Le	Polygraphie sous VNI	DH
Le	Gaz du Sang Artériel	DH
Le	Mise en Place de VNI	DH
Le	Epreuve d'Effort Cardio-Respiratoire	DH
Le	Tests Cutanes	DH
Le	Fibroscopie Bronchique / EDM 2500.00	DH
Le	Aerosol + Injection	DH
Le	Ponction "Pleurale - Biopsie"	DH
Le	Ponction "Pleurale Simple"	DH
Le	Echographie de repérage	DH
Le	Exsufflation	DH

TOTAL : 2500.00 DH

Dr. Mohamed EL IBRAHIMI
Pneumophysiologue
5 Bis Rue Ibnou Babik - Maârif - Casablanca
Tél. 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47

الدكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophtisiologue



الدكتور محمد الإبراهيمي

DOCTEUR M. EL IBRAHIMI
PNEUMOPHTISIOLOGUE

5 bis rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - CASABLANCA
Téléphone : 05 22 94 92 46 / 05 22 94 93 47 - Fax : 05 22 94 91 23
E-mail : soufflemaroc@gmail.com - Site web : www.cmr-maroc.com

Casablanca, le 20/02/2020.

M AT BIR Faiz

FAIRE

- ☐ Radiographie Pulmonaire Face :
- ☐ Radiographie Pulmonaire Profil
- ☐ Pléthysmographie / DLCO
- ☐ Spirometrie - Oscilling
- ☐ Polysomnographie + Polygraphie
- ☐ Polygraphie sous VNI
- ☐ Gaz du Sang Artériel
- ☐ Mise en Place de VNI
- ☐ Epreuve d'Effort Cardio-Respiratoire
- ☐ Tests Cutanes
- ☒ Fibroscopie Bronchique / LBA
- ☐ Aerosol + Injection
- ☐ Ponction "Pleurale - Biopsie"
- ☐ Ponction "Pleurale - Simple"
- ☐ Echographie de repérage
- ☐ Exsufflation

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophtisiologue
5 Bis, Rue Ibnou Babik - Casablanca
Tél: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47



**Exploration et Traitement des maladies respiratoires
du sommeil et du ronflement**

Docteur Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumologue

**Compte rendu de l'examen
bronchoscopique du 20/02/2020**

Patient : **Madame ATBIB Fouzia**
Né(e) le **01/01/1966**

Indication : Adénopathies médiastinales calcifiées et nodules pulmonaires

Anesthésie :	Locale à la xylocaine
Tolérance:	moyenne
Fibroscope:	pentax
Voie:	nasale droite
Cordes vocales:	symétriques et mobiles
Trachée:	normale
Carène:	fine

A DROITE :

Les orifices sont ouverts et es éperons épaissis. On porte des biopsies étagées à droite

A GAUCHE :

Même aspect qu'à droite. Une biopsie est portée sur l'éperon principal. On termine par un micro-lavage + aspiration

Conclusions : Epaississement des éperons.

Biopsies + Cytologie + Bactério + BK

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophtisiologue
5 Bis, Rue Ibnou Babik - Casablanca
Tél: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47