

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0049099

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4138 Société : RAM 129267
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SENHATI CHAHID Abdelmoumin
 Date de naissance : 01/01/58
 Adresse : 32 Rue Rahal Ben Hammoud
 Tél. : 0668565492 Total des frais engagés : 267.70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Chaal Mohamed
 Médecine Générale
 Echographie Générale
 Chahid Asri 65 Ben Diban - Tanger
 Date de consultation : 08 SEP. 2022
 Nom et prénom du malade : SENHATI CHAHID Abdelmoumin Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ulcère
 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 : Tanger Le : 08/09/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-049099

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

[illegible]

Docteur Chaal Mohamed
Médecine Générale
Echographie Générale
Chahid Asri 65 Ben Elbane - Tanque

[illegible]

PHARMACIE IBN ANNAFIS
29, Rue Tahar Ben Abdelkrim
Tél.: 05 39 95 81 25
Tanger

[illegible][illegible]

VOLET ADHERENT

880310

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

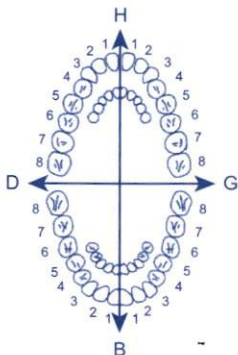
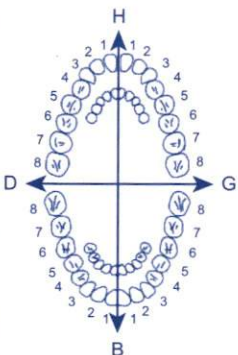
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														

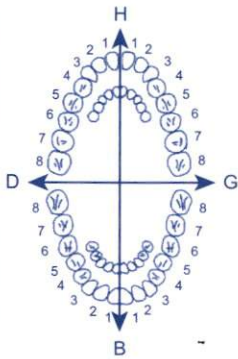
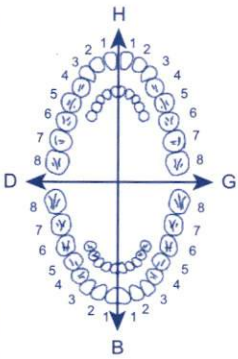
VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
					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																	
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Docteur Mohamed Chaal

Diplômé de la Faculté
de Médecine de Gernade-Espagne
MEDECINE GENERALE

Diplômé en
ECHOGRAPHIE GENERALE
Montpellier (France)

Rue Chahid Asri N° 65 Ben Diban
Tél : 05 39 95 43 90 - TANGER

الكتور محمد الشال

خريج كلية الطب بفنارطة (اسبانيا)

الطب العام

دبلوم في الفحص

بالموجات فوق الصوتية بفنارطة

تجزئة الشهيد العسري رقم 65 بن ديبان
الهاتف : 05 39 95 43 90 - طنجة

Tanger, le : 08 SEP. 2022 طنجة، في

Chahid SENHATI CHAHID

29,100

Alora 5 7 15 7

My / f le uatui 7 7 7 7

38.70

Calabonat 8 15

My / f le uatui 7 7 7 7

Docteur Chaal Mohamed
Medicine Générale
Echographie Générale
Chahid Asri 65 Ben Dibane - Tanger

Tel. 67.70

PHARMACIE IBN ANNAFIS
29, Rue Tahar Ben Abdelkrim
Tél : 05 39 95 81 25
Tanger

10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

ألورا 5 ملغ

ديسلوراتادين

ALORA 5 mg

10 Comprimés

Deva Pharmaceutique



LOT: M0735
PER: 03/2024
PPV: 29,00DH



مرة واحدة يوميا
طويل المفعول
لا يسبب النعاس
مضاد للحساسية

Deva

مختبرات ديفا للصيدلة
ج. واجدي صيدلي مسؤول

146-147 المنطقة الصناعية بيطمائل - الدار البيضاء

Calcibronat® 2g

Comprimés effervescents

Bromo-galactogluconate de calcium

COMPOSITION

Un comprimé renferme 2 g de bromo-galactogluconate de calcium.

Excipients : saccharose, bicarbonate de sodium, acide citrique anhydre, macrogol 4000.

FORME PHARMACEUTIQUE

Boîte de 20 comprimés effervescents.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

HYPNOTIQUE ET SÉDATIF.

(N: Système nerveux central).

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est préconisé dans les troubles légers du sommeil, irritabilité, nervosité.

ATTENTION

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

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

- acné juvénile,
- enfant de moins de 30 mois,
- sujet âgé dénutri et/ou déshydraté,
- hypercalcémie (quantité excessive de calcium dans le sang),
- lithiase calcique (calcul de calcium),
- hypercalciurie (quantité excessive de calcium dans les urines),
- calcifications (dépôts de calcium) dans les reins,
- néphropathie glomérulaire chronique (maladie des reins),
- en raison de la présence de saccharose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase.

Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé, sauf avis contraire de votre médecin, pendant la grossesse.

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

Mises en garde spéciales

En cas de survenue de trouble neuropsychique (voir Effets indésirables), de rougeur ou démangeaisons de la peau, arrêtez votre traitement et consultez votre médecin.

Précautions d'emploi

L'absorption d'alcool est fortement déconseillée pendant le traitement.

En cas de régime pauvre en sel, tenir compte de l'apport en sodium par comprimé : 241 mg.

Chaque comprimé apporte environ 3 g de sucre. En tenir compte dans la ration journalière en cas de régime pauvre en sucre ou de diabète.

Une interférence est possible avec le dosage des chlorures dans le sang.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Interactions médicamenteuses et autres interactions

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.