

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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 000949

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2761 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TANANI BOUCHAIB

Date de naissance : 19/11

Adresse : 200 P. ECHABAB N°14 BOARCHID

Tél : 0627750362 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. OUDRHIRI NAIMA
Expert Assementé
Derb Inass Rue 29 N°3
Tél : 0522 62 02 35

Date de consultation : 15-03-2023

Nom et prénom du malade : Mr TANANI BOUCHAIB

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

Nature de la maladie : Pathologie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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

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
15/03/23		1	17000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/03/23	334,40
	01/02/23	26500

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

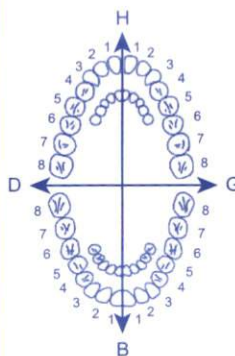
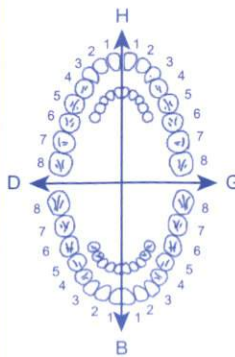
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			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

MEDECINE GENERALE

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

الدكتورة نعيمة وديري

الطب العام

طبيبة محلفة

خبيرة لدى المحاكم

Médecin - Assermenté
Expert près les Tribunaux

Casablanca 1

لدار البيضاء:

TANANI Boudhib

6600x2

22/12/2023

4200

2. No. 20

30,00

3. Внеси

50.10

M. T. anzan

組 10

Asac. 204

1. 334, 20

66,00
LOT 0006
PER 02-26
2PV 66DH00

LOT 22004
PER 02/27
PPV 66DH0

PPV: 22DH20
PER: 12/24
LOT: L4 069

Dr. OUDPHRI NAIMA
Expert in Forensic Medicine
Perb. Inam. No. 29 N-3
Casaluarca 15/11/2024 02-02-35

Tanganil® 500 mg

Veillez lire attentivement de prendre ce médicament informations importantes

Si vous avez d'autres questions demandez plus d'informations pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pouvez la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

 Tanganil® 500 mg
تاڭانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص 30

VTE : MA - PPV : 51DH00



6 118001 183340

728860

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE TANGANIL 500 mg, comprimé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?
3. COMMENT PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER TANGANIL 500 mg, comprimé ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE TANGANIL 500 mg, comprimé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique

ANTIVERTIGINEUX

Ce médicament est préconisé dans le traitement symptomatique de la crise vertigineuse.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?

Ne prenez jamais TANGANIL 500 mg, comprimé dans les cas suivants:

- allergie connue à l'acétylleucine ou à l'un des autres composants de ce médicament,

tolérance au g
blé.

UTE, IL EST IN
LE MEDECIN C

sation d'autr

ou avez pris ré
édicament obt

à votre médecin ou à votre ph

Grossesse et allaitement

Il est préférable de ne pas u
la grossesse ou l'allaitement.

Si vous découvrez que v
le traitement, consultez votre
de la nécessité de poursuivre.
Demandez conseil à votre m
avant de prendre tout médica

Liste des excipients à effet

3. COMMENT PRENDRE TANGANIL 500 mg, comprimé ?

Posologie

Chez l'adulte

Fréquence d'administration

En moyenne 3 à 4 comprimés

Durée de traitement

La durée du traitement est var
au début du traitement ou en c
être augmentée.

DANS TOUS LES CAS, SE
A L'ORDONNANCE DE VOT

Mode d'administration

Voie orale.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES ?

Comme tous les médicaments,
est susceptible d'avoir des e
le monde n'y soit pas sujet.

Des réactions cutanées (ér
démangeaisons) ont été très r

PROSPAN®

Sirop Traitement de la toux

Sans sucre • Sans alcool • Sans colorant
mucolytique • spasmolytique • soulage la toux
Adultes et Enfants

PROSPAN® Sirop 100 ml

PPV : 30.00 DH



COMPOSITION :

Lierre grimpant (extrait sec de feuille)
Excipients : sorbitol à 70% (cristallisable)
Sorbate de potassium :
Eau purifiée, arôme cerise, gomme xanthane, acide citrique anhydre.

pour 100 ml
0,700 g
55,000 g
0,134 g

PRÉSENTATION : Flacon de 200ml et 100 ml.

CLASSE PHARMACO - THÉRAPEUTIQUE : Médicament de Phytothérapie à visée expectorante.

PROPRIÉTÉS : • Mucolytique • Spasmolytique • Soulage la toux.

INDICATIONS : Le sirop PROSPAN est traditionnellement utilisé :

- Dans le traitement symptomatique de la toux.
- Au cours des affections bronchiques aiguës bénignes.

ATTENTION ! En raison de la présence de sorbitol, ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ en cas d'intolérance au fructose (maladie héréditaire rare).

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

MISES EN GARDES SPÉCIALES :

ATTENTION : Si les symptômes persistent plus de cinq jours, consulter votre médecin.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS : L'utilisation simultanée du Prospan avec d'autres médicaments n'a pas d'effet nuisible, c'est pourquoi ce médicament peut être combiné, sans aucun risque, avec d'autres médicaments tels que les antibiotiques.

Dr. Soumia Ghamraoui

Lauréate de la Faculté
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale
Echographie Générale

الدكتورة سمية الغمراوي

خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء
الطب العام
الفحص بالصدى

Berrechid, le 01/02/23 برشيد

TANANI Wiam

Lot N° : CR06

Exp : 09/2025

PPC : 265.00 DH

① D-Cure forte
1 amp / 15j - Pdt 03 mois,

② Osteocare cp
1 cp j le soir, Pdt 2 mois.

26500

③ Cauesyl cp (2B) (SV)
1 cp j à midi, après.
Pdt 03 mois.

صيدلية مسجيد الرياض
Pharmacie Mosquée Riad
Dr. Sihem TAMIR
N° 12 Marrakech
Hay Riad - 30520
Tél : 05 22 33 65 99

Dr. Soumia GHAMRAOUI
Médecine Générale
Echographie Générale
13, Bd. Marrakech - BERRECHID
Tél : 0522 33 65 99

17, Bd de Marrakech, Hay Kadiri
Berrechid - Tél : 05 22 33 65 99

17، شارع مراكش، حي القادري
برشيد - الهاتف : 05 22 33 65 99