

**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 canalaires, 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 canalaires.

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- 051182

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4244 Société : no 2 30654

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TAHRI Abdelkadir

Date de naissance : 19/07/56

Adresse :

Tél. : 0666708919 Total des frais engagés : 518,925 Dhs

Cadre réservé au Médecin **Docteur BENTBIB Brahim**

Cachet du médecin :

Spécialiste O.R.L.
Cabinet : 213 Av. Méd V - 05 24 43 32 56
Clinique Internationale de Marrakech
Tél : 05 24 44 40 40

Date de consultation : 7 MAI 2020

Nom et prénom du malade : Tahiri Abdelkadir Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : A coup pharynx

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) :

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
7 MAI 2020		2	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/05/20	297,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

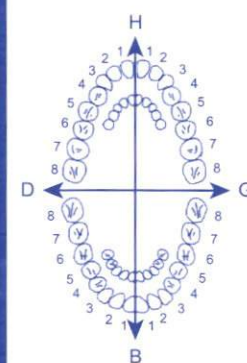
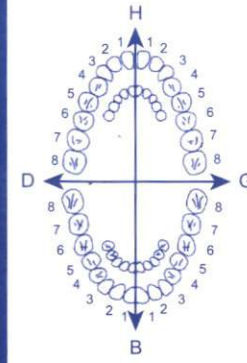
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 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>D</td> <td>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	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																		
[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

Dr. BENTBIB BRAHIM

Spécialiste en OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux

- Chirurgie de la Face et du Cou
- Explorations et Chirurgie Endoscopique
- Explorations et Traitement de ma Surdité
- Membre de la Société Française d'O.R.L et Chirurgie de la face et du cou
- Expert des tribunaux



د. بن الطيب ابراهيم
اخصائي في امراض الاذن الانف والحنجرة
خريج كلية الطب ببوردو فرنسا
- امراض وجراحة الراس، الوجه والعنق
- التشخيص والجراحة بالمنظار
- تشخيص وعلاج الصمم
- خبير لدى المحاكم

7 MAI 2020

Dr. Tahiri Abdelkber

150140

- Vastarel 35

1 5 L

6780

Tanakaou BUBBLE

1 torpette L

79,00 D. STRESS

297120

Pharmacie LES IRIS
1000 EL ANASSER MAROC Sp. Dr. SA
40 29 01 El Anasser El Harrouj
Sud 05 24 43 32 56

S.V
pol
6 Mois

S.V

Dr. BENTBIB BRAHIM
Spécialiste O.R.L.
Cabinet: 40 000 Marrakech
Clinique Internationale: 40 000 Marrakech
Tel: 05 24 43 32 56

S.V

CABINET Dr. BENTBIB

213, Av. Mohammed V. Imm RAM
3  me étage - 40 000 Marrakech

Tél : 05 24 43 32 56

ICE: 001915857000021

عيادة الدكتور بن الطيب
213 شارع محمد الخامس عمارة الخطوط
الملكية الجوية الطابق 3
40 000 مراكش
الهاتف : 05 24 43 32 56
رقم التعريف الموحد : 001915857000021

04,5v

Dichlorhydrate de trimétazidine

Contient des informations importantes sur votre traitement.
à d'autres formes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur
à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait

SURDOSAGE
Si vous avez pris plus de VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération
modifiée, vous n'avez rien à faire.
Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.
INSTRUCTIONS EN CAS D'OMISSION D'UNE OU DE PLUSIEURS DOSES
Si vous oubliez de prendre VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération
modifiée, prenez-le à l'heure habituelle.
Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée de
prendre.

EFFETS INDÉSIRABLES
Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables,
mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde. Les effets
indésirables suivants ont été décrits :

Fréquent (survenant chez moins de 1 patient sur 10) :
Vertige, maux de tête, douleur abdominale, diarrhée, digestion difficile, sensation
d'être malade, vomissement, éruption cutanée, démangeaison, urticaire et sensation
de fatigue.

Rare (survenant chez moins de 1 patient sur 1000) :
Battements cardiaques ou irréguliers du cœur (appelés également palpitations),
battements irréguliers lors du passage à la position debout pour s'accompagner
de la pression artérielle, sensation accentuée de lumière, évanouissement, malaise (en général
vous ne vous sentez pas bien), chute, rougeurs brusques du visage.

Indéterminé (la fréquence ne peut être déterminée à partir des données disponibles) :
Symptômes extrapyramidaux (mouvements inhabituels incluant tremblement des
mains et des doigts, déformation des mouvements du corps, démarche en trainant
des pieds, raideur des bras et des jambes) habituellement réversibles à l'arrêt du
traitement.

Troubles du sommeil (difficulté à s'endormir, somnolence), constipation, importante
rougeur se généralisant à tout le corps avec des pustules, gonflement du visage, des
lèvres, de la langue et de la gorge pouvant provoquer des difficultés pour avaler ou
respirer.

Diminution importante du nombre de cellules sanguines de la lignée blanche pouvant
provoquer le plus souvent des infections, diminution du nombre de plaquettes dans le
sang pouvant augmenter le risque de saignement ou d'écchymoses.

Maladie du foie (jaunissement, vomissement, perte d'appétit, sensation de malaise, fièvre,
démangeaison, jaunissement de la peau et des yeux, selles de couleur claire, urine
de couleur sombre).

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si
certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou
votre pharmacien.

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. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement
via le système national de déclaration.
En signalant les effets indésirables, vous contribuez à fournir davantage d'informations
sur la sécurité du médicament.

CONDITIONS DE CONSERVATION
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
N'utiliser pas ce médicament après la date de péremption indiquée sur l'emballage. La
date de péremption fait référence au dernier jour de ce mois.
Pas de précautions particulières de conservation.
Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout ni avec les ordures ménagères.
Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus.
Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

SERVIER MAROC
Zone Industrielle - Technopole Nouasseur
Maroc



La dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est : décembre 2015

235800000-07

fanakan 40mg/ml

EXTRAIT DE GINKGO BILOBA

solution buvable

LOT : 19E001
PER 09 2022

TANAKAN 40MG/ML
SOL BUV FL 30 ML

P.P.V. 67CH60



40 mg/ml
QUELS

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de 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.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE TANAKAN 40 mg/ml, solution buvable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE TANAKAN 40 mg/ml, solution buvable ?
3. COMMENT PRENDRE TANAKAN 40mg/ml solution buvable ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER TANAKAN 40 mg/ml, solution buvable ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

VASODILATEUR PERIPHERIQUE
(C. système cardio-vasculaire)

Ce médicament est indiqué dans le traitement symptomatique de certains troubles cognitifs du sujet âgé (en particulier troubles de la mémoire) à l'exception de tout type de démence confirmée, de troubles secondaires à des médicaments, à une dépression ou à des troubles métaboliques.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE TANAKAN 40 mg/ml, solution buvable

Ne prenez jamais TANAKAN 40 mg/ml, solution buvable dans le cas suivant :
Ce médicament ne doit pas être utilisé dans le cas suivant : allergie à l'un des constituants de la solution buvable.

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

Faites attention avec TANAKAN 40 mg/ml solution buvable :

Mises en garde spéciales

ATTENTION : LE TITRE ALCOOLIQUE DU MÉDICAMENT EST DE 57% V/V, SOIT 0,4 D'ALCOOL PAR UNITÉ DE PRISE (POUR DOSE).

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Grossesse et allaitement

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.