

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Dosn' N° P19- 045281

63402

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2504 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : FERIATI ABDELKADIR

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : lot 7 A.BROUICA 99 Marrakech

Tél. : 0661149294 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1/1/2021

Nom et prénom du malade : FERIATI ABDELKADIR Age: 67

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : S.P.M

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 : Marrakech Le : 01.10.2021

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE 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
01.03.2021	G		Gratuit	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE DU SOLEIL</b> <b>M. BERRADA</b> Sidi Abbad 4 à côté du Café Kamal Marrakech Tel : 05 24 30 57 56	01/03/2021	322,00 Dhs

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Samir MEKOUAR**  
**Chirurgien Urologue**

Ancien chirurgien des hôpitaux

Membre de l'association européenne d'Urologie

Membre de l'association Européenne de Chirurgie Transluminale

Membre de la Société internationale d'Urologie

Diplômé en Coeliochirurgie de la faculté de médecine de Strasbourg



**الدكتور سمير مكوار**  
**جراح اختصاصي**

طبيب جراح سابق بالمستشفيات

عضو في الجمعية الأوروبية لجراحة المسالك البولية

عضو في الجمعية الأوروبية للجراحة عبر المنظار للمجاري البولية

عضو في الجمعية الدولية لطب الكلى و جراحة المسالك البولية

حاصل على شهادة الجراحة الباطنية عبر المنظار بستراسبورغ

أمراض و جراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية - الفحص الداخلي والجراحة عبر المنظار للمجاري البولية - العقم عند الزوجين  
العجز الجنسي - تفتيت الحصى بدون جراحة - الختانة - التنظير الداخلي بالليزر

Chirurgie des reins et des voies génito-urinaires - Chirurgie et exploration endoscopiques des voies urinaires - Coeliochirurgie  
Andrologie (Stérilité du couple, PMA, Impuissance sexuelle) - Lithotripsie des calculs urinaires - Circoncision - Laser Endoscopique

Consultations sur rendez-vous

Centre de Lithotripsie Marrakech

الكشف بالموعد

01/03/2021

Marrakech, le : ..... مراكش في :

**Mr. FERIATI ABDELHADI**



109,70

CONTIFLO 0,4

1 CP / JOUR LE SOIR X 1 MOIS

62,70

UROSTA 5



1 CP X 2 / JOUR X 1 MOIS

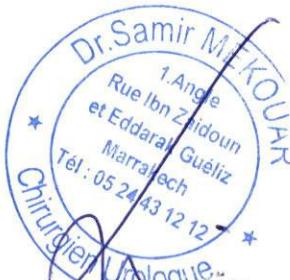
37,160,4

ANDROTARDYL 250 X 4

1 IM TOUS LES 20 JOURS



322100



Merci de ramener votre ordonnance à chaque consultation ou contrôle

**Cabinet**

1, Angle Rue Ibn Zaidoun et Eddarak Guéliz (en face de l'hôpital Ibn Tofail) Marrakech - Tél.: 05 24 43 12 12

E-mail : samirmekouar@gmail.com

**Urgence**

Clinique Internationale de Marrakech Bab Ighli, Route de l'aéroport 40 000 Marrakech - Tél. 05 24 36 95 95

I.F. 69104905 - T.P. 45310529 - CNSS : 6895091 - ICE : 001873841000038 - INP : 071112163



العيادة :

زاوية زنقة ابن زيدون وزنقة عبد الوهاب الدراق رقم 1، جليز - مراكش ( أمام مستشفى ابن طفيل )

الهاتف : 05 24 43 12 12

البريد الإلكتروني : samirmekouar@gmail.com

المستعجلات :

المصحة الدولية لمراكش : طريق المطار باب إغلي

الهاتف : 05 24 36 95 95 - الهاتف : 40 000

## Facture

N° de la Facture	103470
Date de la Facture	01/03/2021
Client	MR FERIATI ABDELHADI

## Montant de la Facture T.T.C.

322,00

## Dont T.V.A.

22,60

Forme	Nom du produit	P.P.V. unitaire	Qté.	Date de péremption	P.P.V. total	Remise (en %)	P.P.V. net
CO	CONTIFLOOD 0.4 MG X 30 GELULES	109,70	1	__/__/__	109,70		109,70
CO	UROSTA 5MG CP 60	62,70	1	__/__/__	62,70		62,70
IN	ANDROTARDYL 250 MG/ML BOITE 1 AMP	37,40	4	__/__/__	149,60		149,60

Arrêté la présente Facture à la somme de :

TROIS CENT VINGT DEUX DIRHAMS



# CONTIFLO®

Chlorhydrate de Tamsulosine



30 Gélules  
à libération  
prolongée

Voie orale

**0.4 mg**



Importé par :  
SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC  
169, avenue Hassan 1<sup>er</sup>,  
20070 Casablanca, Maroc.

Fabriqué par :  
SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED  
INDIA

Medicament Autorisé N°: 211/14 DMP/21/NNP



**NIVEAU 1**

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**  
احترم الجرعة على المقدمة  
Tableau A (Liste A)

CODE No.:  
MF/DRUGS/25/2483

# كونتيفلو®



كلورهيدرات تامسولوزين

**CONTIFLO® OD 0.4mg**

Boîte de 30 gélules à libération  
prolongée  
Voie orale

6 118001 300556



عن طريق اللهم  
ذات محبته محب  
30 محبته محب  
0.4 مل



# Androtardyl® 250 mg

Solution injectable intra-musculaire

Formule pour une

ampoule de 1 ml

Enanthate de

Testostérone 250 mg

Huile de ricin,

benzylbenzoate.

Excipient à effet notoire:

Huile de ricin

**Maintenir hors de  
la portée et la vue  
des enfants.**

**Mode d'administration:**  
injection intramusculaire  
profonde.

Médicament autorisé N°:  
271/15 DMP/21/NCF

— 1 amp.  
de 1 ml

— voie I.M.

Bayer

Androtardyl 250mg/ml, 1 amp x 1 ml  
Enanthate de testostérone

P.P.V. : 37,40 DH  
Bayer S.A.

96160018



6 118001 090303





# Androtardyl® 250 mg

Solution injectable intra-musculaire

Formule pour une

ampoule de 1 ml

Enanthate de

Testostérone 250 mg

Huile de ricin,

benzylbenzoate.

Excipient à effet notoire:

Huile de ricin

**Maintenir hors de  
la portée et la vue  
des enfants.**

**Mode d'administration:**  
injection intramusculaire  
profonde.

Médicament autorisé N°:  
271/15 DMP/21/NCF

— 1 amp.  
de 1 ml

— voie I.M.

Bayer

Androtardyl 250mg/ml, 1 amp x 1 ml  
Enanthate de testostérone

P.P.V. : 37,40 DH  
Bayer S.A.

96160018



6 118001 090303





# Androtardyl® 250 mg

Solution injectable intra-musculaire

Formule pour une

ampoule de 1 ml

Enanthate de

Testostérone 250 mg

Huile de ricin,

benzylbenzoate.

Excipient à effet notoire:

Huile de ricin

**Maintenir hors de  
la portée et la vue  
des enfants.**

**Mode d'administration:**  
injection intramusculaire  
profonde.

Médicament autorisé N°:  
271/15 DMP/21/NCF

— 1 amp.  
de 1 ml

— voie I.M.

Bayer

Androtardyl 250mg/ml, 1 amp x 1 ml  
Enanthate de testostérone

P.P.V. : 37,40 DH  
Bayer S.A.

96160018



6 118001 090303





# Androtardyl® 250 mg

Solution injectable intra-musculaire

Formule pour une

ampoule de 1 ml

Enanthate de

Testostérone 250 mg

Huile de ricin,

benzylbenzoate.

Excipient à effet notoire:

Huile de ricin

**Maintenir hors de  
la portée et la vue  
des enfants.**

**Mode d'administration:**  
injection intramusculaire  
profonde.

Médicament autorisé N°:  
271/15 DMP/21/NCF

— 1 amp.  
de 1 ml

— voie I.M.

Bayer

Androtardyl 250mg/ml, 1 amp x 1 ml  
Enanthate de testostérone

P.P.V. : 37,40 DH  
Bayer S.A.

96160018



6 118001 090303



**UROSTA®** 

**COMPOSITION :**  
Chlorhydrate d'Oxybutynine ..... 5 mg  
Excipients ..... q.s.p un comprimé

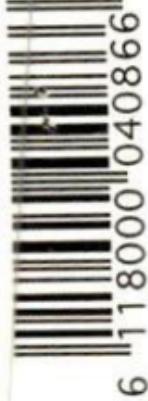
**INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS,  
PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :**

Lire attentivement la notice.

AMM N° 564DMP/21/NNP

Oxybutynine 5 mg

60 Comprimés sécables



6 118000 040866

# UROSTA®

Oxybutynine 5 mg

60 Comprimés sécables

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

62,70

P	P	V	6	2	D	H	7	0
P	E	H	1	1	/	2	3	
L	0	T	3	0	3	9		