

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

Dosn' N° P19- 045281

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2504 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FERIAI ABDELHADI

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : 67 TABROUKA 29 Marrakech

Tél. : 0661149294 Total des frais engagés : 3000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : FERIAI ABDELHADI Age : 67

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

Nature de la maladie : 8801

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 : 01/03/21

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
01/03/24	G		Grahat	Dr. Saïd El Hachimi 1. Angle Rue Ibn Zaidoun et Eddarak Guéliz Marrakech 05 24 43 12 12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU SOLEIL M. BERRADA 8 Sidi Abbad 4 à côté du Café Kamal - Marrakech Tél : 05 24 30 57 56	01/03/24	322,00 DHS

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> 00000000 35533411 B </div> <div> 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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 الأوربية لجراحة المسالك البولية

عضو في الجمعية الأوربية للجراحة عبر المنظار للمجاري البولية

عضو في الجمعية الدولية لطب الكلي وجراحة المسالك البولية

حاصل على شهادة الجراحة الباطنية عبر المنظار بستراسبورغ

أمراض وجراحة الكلي والمسالك البولية والتناسلية - الفحص الداخلي والجراحة عبر المنظار للمجاري البولية - العقم عند الزوجين
العجز الجنسي - تفتيت الحصى بدون جراحة - الحثانة - 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

Marrakech, le : 01/03/2021
مراكش في :

Mr. FERIATI ABDELHADI

CONTIFLO 0,4

1 CP / JOUR LE SOIR X 1 MOIS

UROSTA 5

1 CP X 2 / JOUR X 1 MOIS

ANDROTARDYL 250 X 4

1 IM TOUS LES 20 JOURS

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



CLINIQUE
INTERNATIONALE
MARRAKECH

العيادة :
زاوية زنقة ابن زيدون وزنقة عبد الوهاب الدراق
رقم 1، جليز - مراكش (أمام مستشفى ابن توفيل)
الهاتف : 05 24 43 12 12
البريد الإلكتروني : samirmekouar@gmail.com

المستعجلات :
المصحة الدولية لمراكش : طريق المطار باب إغلي
مراكش 40 000 - الهاتف : 05 24 36 95 95

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

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®

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg



Importé par :

SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169, avenue Hassan 1^{er},
20070 Casablanca, Maroc.

Fabriqué par :

SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
INDIA



CODE No.
MP/DRUGS/2524/83

Médicament Autorisé N°: 211/14 DMP/21/NMP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)

CONTIFLO®

Chlorhydrate de Tamsulosine

30 Gélules
à libération
prolongée

Voie orale

0.4 mg

كونتفلو®

كلور هيدرات تامسولوزين

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale



6 118001 300556



30 كبسولة
ذات تحرير ممتد
عن طريق الفم

0.4 ملغ



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

8767678

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



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



6 118001 090303

— 1 amp.
de 1 ml
— voie I.M.

Bayer



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

8767678

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



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



6 118001 090303

— 1 amp.
de 1 ml
— voie I.M.

Bayer



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

8767678

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



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



6 118001 090303

— 1 amp.
de 1 ml
— voie I.M.

Bayer



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

8767678

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



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



6 118001 090303

— 1 amp.
de 1 ml
— voie I.M.

Bayer



COMPOSITION :

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

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

Lire attentivement la notice.

AMM N° 564DMP/21/NNP

UROSTA®

Oxybutynine 5 mg

60 Comprimés sécables



6 118000 040866

UROSTA®

Oxybutynine 5 mg

60 Comprimés sécables

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

62,70

PPV 62DH70
PER 11/23
LOT J3039