

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 - 1^{er}me 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° W21-830611

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHERENT

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
22/01/24	C		250,00	INP: 09111418540

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/01/24	658,12

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/01/24	Ra rachis lombaire Suite F+P	1500,00
		Ra 2 epaules F/gche R.E+RT	1500,00
		Ra Cuisse gche F/gche R.E+RT	1500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particiant	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
	22/01/24	18 séances de Rééducation du membre inférieur	1500,00

INPE: 07,50,47,456.

VOLET ADHERENT

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

					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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				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																				
					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																

CENTRE DE TRAUMATOLOGIE - ORTHOPEDIE EL MASSIRA

مركز علاج وجراحة العظام والمفاصل المسيرة

Dr. Othmane MESSARY

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique
Traumatologique

- Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris France et de Casablanca.
- Ex. Chirurgien des hôpitaux de Paris



الدكتور المسري عثمان

إختصاصي في علاج وجراحة أمراض
العظام والمفاصل

• خريج كلية الطب بباريس فرنسا

• وكلية الطب - الدار البيضاء

• طبيب جراح سابق بمستشفيات باريس

CDR. Othmane MESSARY

Marrakech, le : 10/04/2024

أختصاصي في علاج وجراحة أمراض العظام والمفاصل

Traumatologue, Orthopédiste

82.00
① 35000 2000
37.00
① 10000
58.50
③ 14000 5000
307.00
⑥ 14000 7500
74.10
⑤ 10000 6000
99.50
⑥ 10000 6000
14000 2000
658.10

LOT 221075
EXP 11/2024
PPV 74.10DH

المسيرة أداقامة بالمسيرة 2 رقم 487 الطابق 1 الشقة 2 - مراكش

Massira 1D Résidence Yassmina 2, N° 487 Apprt 2 1ère Etage Marrakech

Tél. : +212 0524 341 563 - 0661 828 307 - 0662 343 684

E-mail : messaryothmane8@gmail.com

Cabinet

Lyrice® 75 mg - 56 gélules
P.P.V : 307,00 DH



6 118001 170678

CENTRE DE TRAUMATOLOGIE - ORTHOPEDIE EL MASSIRA

مركز علاج وجراحة العظام والمفاصل المسيرة

Dr. Othmane MESSARY

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique
Traumatologique

- Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris France et de Casablanca.
- Ex. Chirurgien des hôpitaux de Paris



الدكتور المسري عثمان

إختصاصي في علاج وجراحة أمراض العظام والمفاصل

- خريج كلية الطب ببافيس فرنسا
- وكلية الطب - الدار البيضاء
- طبيب جراح سابق بمستشفيات باريس

Marrakech, le : **06/10/2024**

DR. Othmane MESSARY

Mr. N. N. N.

Le Dr. Othmane MESSARY
me soumette de suite
le Dr. Othmane MESSARY

1/2 (20/10/2024)
05

Centre AMR de kinésithérapie
04A 106 Portes Marrakech
Massira - Marrakech
Tél: 05 24 01 76 48
ICE: 000231529000076

الدكتور المسري عثمان
DR. Othmane MESSARY
إختصاصي في امراض وجراحة العظام والمفاصل
Traumatologie - Orthopédie
05 24 34 10 43 - 06 61 82 30 7
06 62 34 3 68 4

المسيرة 1د إقامة ياسمينية 2 رقم 487 الطابق 1 الشقة 2 - مراكش
Massira 1D Résidence Yassmina 2, N° 487 Appt 2 1ère Etage Marrakech
Tél. : +212 0524 341 563 - 0661 828 307 - 0662 343 684
E-mail : messaryothmane8@gmail.com



Gel topique

curarti[®] i[®] gel

FORME ET PRÉSENTATION :

Gel, tube de 100ml

Lot : C 2
À consommer de
préférence avant le :
P.P.C : 99, 50 DH

02/2027

gel

8 435100 800502



curarti[®] i[®] gel

alcool dénaturé,
ne
essentielle de
ceteth-20, alcool
propylique/capric
huile de menthe
éther, alcool

PROPRIÉTÉS ET UTILISATIONS :

Curarti[®] GEL : conforme des actifs naturels qui agissent

à l'usage pour calmer

hydroxo 5000

(Hydroxocobalamine base)

FORMULE

Hydroxocobalamine base5000µg
pour une ampoule injectable de 2 ml.

L'Hydroxocobalamine, d'action intense et prolongée, permet d'obtenir imprégnation et stockage tissulaire.

D'autre part, l'emploi de doses massives s'est révélé actif dans le traitement de la plupart des syndromes algiques sévères.

INDICATIONS

Algies : névralgies faciales, algies radiculaires, algies cervico-brachiales, etc.

et d'une façon générale les syndromes algiques intenses.

POSOLOGIE

En moyenne : une ampoule par jour ou tous les deux jours.
Cette posologie peut être portée à deux ampoules par jour sur indication du médecin traitant.

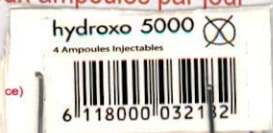
PRÉSENTATION

Boîte de 4 ampoules

Voie parentérale I.M.



Laboratoires LAI
Fabriqué au Maroc



hydroxo 5000

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 04/2026
LOT 33001 1



Gel topique

curarti[®]gel

FORME ET PRESENTATION :

Gel, tube de 100ml



...ol dénaturé,
...ne
...e essentielle de
...ceteth-20, alcool
...pylic/capric
...lle de menthe
...ne, alcool

PROPRIETES ET UTILISATIONS :

Curarti[®] GEL renferme des actifs naturels qui agissent en synergie pour calmer

DUOXOL® 500 mg/2 mg

Comprimé

Boîte de 20

Paracétamol - Thiocolchicoside

- Veuillez lire attentivement l'integralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

COMPOSITION :

Paracetamol 500 mg

Thiocolchicoside 500 mg 2 mg

Excipients : a.s.p. 1 comprimé

Excipients à effet notoire : Amidon de blé, lactose.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est préconisé dans :

- Traitement symptomatique de la douleur d'origine rhumatismale ou musculaire en traumatologie et gynécologie.
- Traitement d'appoint des contractures douloureuses au cours :
 - des affections vertébrales dégénératives et des troubles statiques vertébraux : torticolis, dorsalgies, lombalgies.
 - des affections traumatologiques et neurologiques (avec spasticité).

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas :

- d'hypersensibilité au thiocolchicoside ou au paracétamol,
- de grossesse,
- d'allaitement,
- d'insuffisance hépatocellulaire,
- d'hypersensibilité à l'un des excipients du produit,
- chez l'enfant de moins de 15 ans.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique et/ou rénale, d' prolongés.
 - Pour éviter le risque de surdosage au paracétamol, vérifier l'absence
 - Le thiochloricoside doit être administré avec prudence chez les pat
 - En cas de diarrhée, prévenez votre médecin qui pourra éventuelle
 - Eventuellement, ingérer les comprimés avec un pansement gastriq
 - Ne pas dépasser la dose prescrite.
 - Il est conseillé de consulter un médecin pour des traitements excédant
- EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS**

En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de malabsorption du glucose et de galactose, ou de déficit en lactase. L'amidon de blé peut provoquer des réactions allergiques chez les personnes souffrant de maladies coéliquiques.

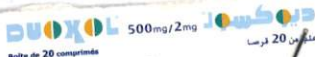
INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS TRAITEMENTS, IL EST CONSEILLÉ D'ÉVITER TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE PRISE DE DUOXOL®.

En cas de traitement avec des anticoagulants oraux, on peut l'administrer occ

Examens paracliniques :

La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin par la méthode de la glycémie par la méthode à la glucose oxydase-peroxydase.



37.00



ISOX® 100 mg et 200 mg

Boîtes de 10 et 20 Gélules

Célécoxib

Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

1 - DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT :

Isox 100 mg

Isox 200 mg

2 - COMPOSITION DU MÉDICAMENT :

La substance active est : célécoxib

Les autres composants sont : Croscarmellose sodique, lactose monohydrate, povidone K30, laurylsulfate de sodium, stéarate de magnésium.

Forme pharmaceutique :

Plaquette(s) thermoformée(s) contenant 10 et 20 gélules.

Liste des excipients à effet notoire : Lactose

3 - CLASSE PHARMACO THÉRAPEUTIQUE :

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (COX-2) inhibiteurs code ATC : M01AH01.

4 - INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :

Isox est utilisé chez l'adulte pour soulager les signes et symptômes de l'arthrose, de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylarthrite ankylosante.

Isox agit en inhibant la cyclooxygénase (COX-2), une enzyme anti-inflammatoire.

Isox agit

non stér

inhibite

douleur

la poly

la prod

Vous di

les heu

quelqu

5 - PO

Veillez

indicat

médicin

Si vous p

vous, par

Votre méde

d'effets indésir

dose et la durée de traitement, il es

pour soulager votre douleur et de n

temps nécessaire à contrôler vos s

Mode et/ou voie(s) d'administration

d'administration :

Les gélules de Isox doivent être pri

être prises à n'importe quel momen

des repas. Cependant, essayez de

même moment de la journée.

Si vous avez des difficultés à aval

la gélule peut être
nourriture semi-s
yaourt ou de la p
immédiatement a
Pour ouvrir la gél
au fond, puis pin
retirer en faisant
doivent pas être.
Si vous ne ressen
contactez votre m
La dose recomme
Pour l'arthrose, la
augmentée par v
La dose est habit
- Une gélule de 2
- Une gélule de 1
Pour la polyarthr
jour; elle peut être
besoin.
La dose est habit
- Une gélule de 1
Pour la spondylar
par jour; elle peu
si besoin.
La dose est habit
- Une gélule de 2
- Une gélule de 1
Problèmes rénaux
problèmes rénaux
plus faible.
Personnes âgées
de 65 ans et en p
être amené à vou
Ne pas dépasser

LOT 2 82,00 5 A
PER 10 / 25
PPV 8 2 DH 0 0

ISOX® 200 mg

Célécoxib

10 gélules

PROMOPHARM S.A.



6 118000 242437