

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 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0058392

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2027

Société : 1591

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JADOUAL MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HILMI Abdelhak
Spécialiste en Urologie
24, Addamane Gh5 Etg RC
Appt 1, Av EL Qods, Casablanca
Tél : 05 22 52 66 18

Date de consultation : 21/4/23

Nom et prénom du malade : Mohamed

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 médecin conseil de la Mutuelle.


J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

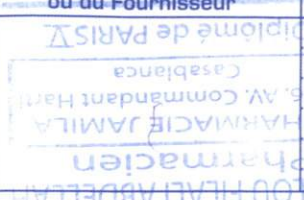
Le :

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
21/4/23			300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/04/23	142,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

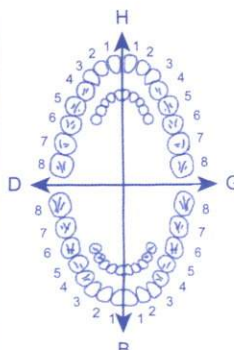
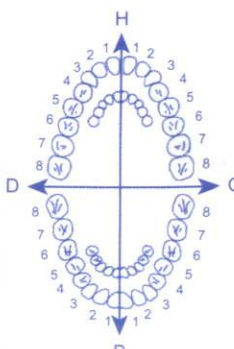
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Abdelhak HILMI
SPECIALISTE

Chirurgien- Urologue

Chirurgie des Reins, des Voies Urinaires
et Organes Génitaux
Exploitation et Chirurgie Endoscopiques
Lithotripsie Extra Corporelle

Sterilité Masculine et Impuissance
Maladies Sexuellement Transmissibles
Ancien Chirurgien Urologue des Hôpitaux
(Beni Mellal - Med Bouafi)

الدكتور عبد الحق حلمي

اختصاصي في جراحة الكلي
والمسالك البولية و التناسلية

فحص و جراحة المسالك البولية عبر المنظار
تفتيت حصي الكلي والمسالك البولية بالأشعة

العقم والعجز الجنسي عند الرجال و الأمراض التناسلية
جراح اختصاصي سابقا بالمستشفيات
(بني ملال - محمد بوافي)



Casablanca, le 24 / 4 / 23 ... الدار البيضاء في

M. JAD EL AL

M. EL AL

62,70

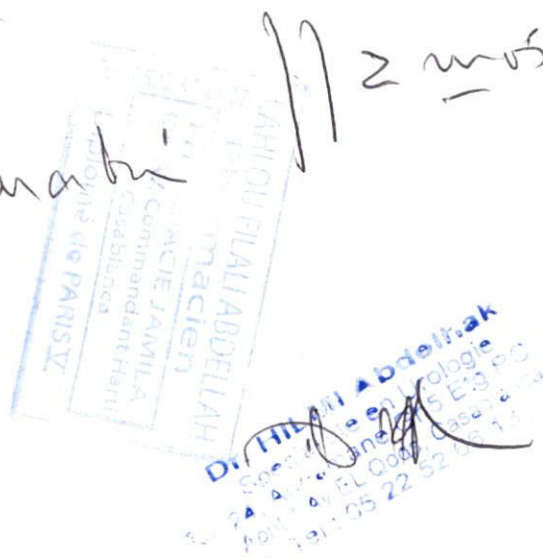
UROLOGIE

des reins et de l'urètre

Levretuel.

79,80

142,50



24، إقامة الضمان العمارة 5 الطابق السفلي رقم 1 شارع القدس عين الشق - الدار البيضاء
24 Addamane GH 5 rez de chaussé Appt. 1 Avenue El Qods Aïn Chock- Casablanca
مستعجلات : 06 68 17 02 09 Urgences : الهاتف : 05 22 52 66 13

UROSTA®

Oxybutynine

PRESENTATION

Comprimé sécable (blanc) ; boîte de 60

COMPOSITION

Oxybutynine chlorhydrate

INDICATIONS

C'est un antispasmodique qui lutte contre les spasmes de la vessie.
Il est utilisé dans le traitement des enuresis et de l'instabilité de la vessie, et entraînant des

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- glaucome à angle fermé,
- risque de blocage des urines (adénome de la prostate),
- myasthénie grave,
- bronchite chronique,
- atonie intestinale,
- enfant de moins de 5 ans.

ATTENTION

L'apparition d'une douleur violente de l'œil, accompagnée d'une rougeur et surtout d'une baisse de l'acuité visuelle, doit conduire à consulter d'urgence un ophtalmologiste : il peut s'agir d'un glaucome aigu.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

L'effet de ce médicament pendant la grossesse ou l'allaitement est mal connu : seul votre médecin peut évaluer le risque éventuel de son utilisation dans votre cas.

MODE D'EMPLOI ET POSOLOGIE

Ce médicament doit être avalé avec un verre d'eau.

Posologie usuelle :

- Adulte : 1 comprimé, 3 fois par jour.
- Enfant de plus de 5 ans : 1 comprimé, 2 fois par jour.

EFFETS INDESIRABLES POSSIBLES

Ce médicament peut être responsable d'effets atropiniques : sécheresse de la bouche, troubles de la vision, constipation.

PTV 62DH70
PER 12/25
LDT L3669

UROSTA® 

Oxybutynine 5 mg

60 Comprimés sécables



6 118000 040866



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

LÉVENTEROL®

Saccharomyces boulardii 250 mg

Saccharomyces Boulardii 250 mg
(20x10⁹ CFU/g).

COMPOSITION PAR 1 GÉLULE

Saccharomyces boulardii lyophilisé
Excipient : Cellulose microcristalline

CONSEILS D'UTILISATION

- Favorise le confort intestinal et digestif.
- Rééquilibre la flore intestinale.
- **Nourissons et enfants** : 1 gélule par jour à ouvrir à l'aide d'une cuillère, verser le contenu de la gélule sur une purée, compote, etc.
- **Adultes et enfants à partir de 7 ans** : Avaler 1 gélule/jour avec un verre d'eau.
- Peut être utilisé chez la femme allaitante et enceinte dès le 2^e trimestre.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

- **LÉVENTEROL®** étant constitué de cellules vivantes, il ne doit pas être mélangé avec un liquide ou un aliment trop chaud (à plus de 50 °C), ou glacé.
- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.
- Conserver en dessous de 25°C, à l'abri de la lumière et de l'humidité.
- Tenir hors de la portée des enfants.

PRÉSENTATIONS

- Boîtes de 10 et de 20 gélules

Les compléments alimentaires ne doivent pas être utilisés comme substituts d'un régime alimentaire varié.

COMPLÉMENT ALIMENTAIRE, CE N'EST PAS UN MÉDICAMENT.

LÉVENTEROL®

A consommer de préférence
avant fin :
Lot N° :
Voir ci-contre

79,80 DH
Lot : 12204403
Per : 08-2025

Lot : 104-20220-Casablanca-Moroc
Sun Maarif extension-Casablanca-Moroc



NOLEVC020002

N° d'enregistrement : 20211805462 /MAA/ /DMP /CA/18
N° ONSSA : CAPV.7.270.19