

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

- 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 - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon
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

N° W21-727919

14/23/22

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12731 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOUKASSE HOUSSEM
 Date de naissance : 29-04-1991
 Adresse : ALMAZ-AMBAR 3 - IMMA-ADPT 21
 CASABLANCA
 Tél : 0661 896053 Total des frais engagés : 250 + 846,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: MUPRAS INKANI 29 DE 2022 ACCUEIL]
 Date de consultation : 16/12/2022
 Nom et prénom du malade : MOUKASSE
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection ALD + vaccin.
 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
16/12/22			52204	INP : 03 22 21 33 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HANNA HALALI Dr. MEDDHI Mourad Bay Lakouay, Rue 22, N° 64 Casablanca Tél.: 05 22 21 33 13 GSM: 06 61 08 55 05	16/12/22	846,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

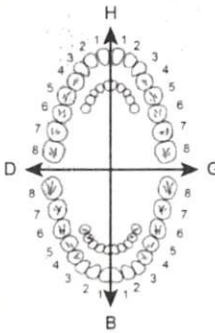
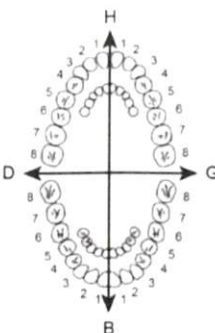
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				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>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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cabinet Dr. Amal DAMIR

عيادة الدكتورة أمال ضمير

Pédiatre
Spécialiste des maladies des Enfants
Nourrissons, Nouveaux-nés
Allergologue
Asthme et Allergie des Enfants

اختصاصية في أمراض
الرضع والأطفال
اختصاصية في حساسية الأطفال
وأعراض الربو الضيقة

16.12.2022

Nourrisson MOUKASSE Sofia

Casablanca, le :: الدار البيضاء, في :

Age : 14 mois 2 jours

Poids : 10.50 Kg

1 - OROPOLIS BAUME BUCCO GINGIVAL

une application 4 fois par jours, après les repas pendant 8 jours.

2 - DAKTARIN 2% GEL BUCCAL

une cuillère-mesure, quatre fois par jour, après le repas, pendant 8 jours.

3 - MENACTRA

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Daktarin gel buccal t40g
P.P.V : 53,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
MENACTRA 0,6 ML SOL
INJ 1FL
PPV : 734,00 DH



المرجو إحترام وصفة طبيكم

Bd. Abou Bakr El Kadiri, Lotissement Haddioui N°497, Sidi Maârouf - Casablanca

شارع ابو بكر القادري تجزئة الحديوي الرقم 497 - سيدي معروف - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : damiramal25@hotmail.com - E-mail : damiramal25@hotmail.com - الهاتف : 05 22 33 57 20 - GSM : 06 61 09 74 40 - Tél. : 05 22 33 57 20

Nourrissons - Enfants - Adultes

OROPROPOLIS
BAUME BUCCO-GINGIVAL



OROPROPOLIS OROPROPOLIS OROPROPOLIS OROPROPOLIS

Indications :

- * Irritation de la muqueuse bucco-gingival.
- * Aggressions dues aux prothèses dentaires.
- * Eruption dentaire du nourrisson et du petit enfant.
- * Hygiène de la cavité buccale.

Mode d'emploi :

Appliquer une noisette de baume sur un doigt propre et masser les gencives, jusqu'à pénétration complète. Renouveler l'opération aussi souvent que nécessaire.

Ingédients :

GLYCERIN, AQUA, MEL, SORBITOL, PROPYLENE GLYCOL, PROPOLIS EXTRACT, PECTIN, XANTHAN GUM, SILICA, AROMA.

Restriction d'utilisation :

Sujet allergique au miel et aux pollens.

20g



OROPROPOLIS
GINGIVAL BALM

Babies - Children - Adults

Indications :

- Irritations of the bucco-gingival mucous membrane.
- Dental eruption of the nursing.
- Aggressions to the dental protheses.

Application :

With a clean finger, apply a small Oropropolis portion balm and massage the gums, as often as necessary.

Contraindication :

Persons allergic to honey and pollens.

OROPROPOLIS

BAUME
BUCCO-GINGIVAL

Nourrissons - Enfants - Adultes

Extrait Actif de Propolis

7

LOT: 349/PER: 09/2025

P.C: 59,70 DHS

OROPROPOLIS

BAUME BUCCO-GINGIVAL

Nourrissons - Enfants - Adultes



Laboratoires LABINDUS
Distribué par PHARMASOFT

50, Zone Industrielle
Ain Chelaf 30000 - Fes
Tel: 0535603388 Fax: 0535603918
BP: 5751 Fes - MAROC

Site web : www.pharmasoftlab.ma

IMPRIMEPEL
02/21



3 529976 877104

Lot N° :
Per :

05B-0414