

## 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 - 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

N° W21-716988

119269

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11082 Société : R.A.M.

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAHMANI MOHAMED

Date de naissance : 29/07/1978

Adresse : 195 BD la giroude

Tél. : 0687858048 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/06/2022

Nom et prénom du malade : DAHMANI MOHAMED Age :

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

Nature de la maladie : Verucles gingivales

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

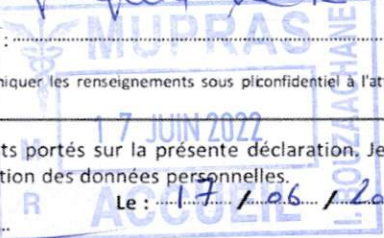
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA

Le : 17/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :





DIMYANI AHMED

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
13/06/2022	C1		120 DA	Dr J. NAWROCKI Médecine Générale 1, Rue Kourouch - Mauribga Tél : 023.56.20.34 - Aut N°: 5689 INP: 064116457

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/6/22	423,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

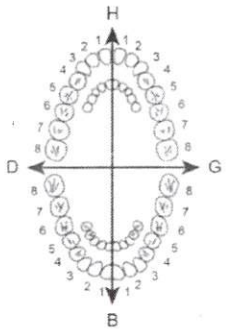
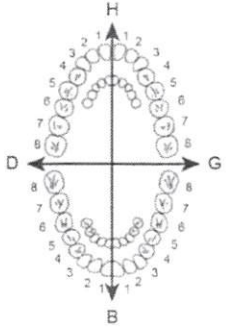
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>G</p> <p>B</p> </div> <div> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div> </div>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





**Docteur Jawad NAWROCKI**

**Médecine Générale**

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Katowice

Ancien Médecin Chef de la zone IV  
à Casablanca

Ancien Interne des Hôpitaux  
de Zakopane et Katowice

**الدكتور جواد نوروكي**

**الطب العام**

خريج كلية الطب بكتويس

طبيب رئيسي سابقا بالمنطقة الرابعة

بالدار البيضاء

داخلي سابقا بمستشفيات زكوبان و كتويس

Nom et Prénom :

0632494306 le:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> NFS Plaquettes + Frottis                  | <input type="checkbox"/> Sérologie de l'Hépatite A (IgM)   |
| <input type="checkbox"/> VS  | <input type="checkbox"/> Ag HBs                            |
| <input type="checkbox"/> CRP                                       | <input type="checkbox"/> Sérologie de l'Hépatite C         |
| <input type="checkbox"/> Fer Serique                               | <input type="checkbox"/> ECBU + ATB                        |
| <input type="checkbox"/> Ferritine                                 | <input type="checkbox"/> BW - TPHA                         |
| <input type="checkbox"/> Vitamine B9                               | <input type="checkbox"/> Toxo - Rubeole                    |
| <input type="checkbox"/> Vitamine B12                              | <input type="checkbox"/> Listeriose                        |
| <input type="checkbox"/> Urée - Creatinine                         | <input type="checkbox"/> Latex - Waaler Rose               |
| <input type="checkbox"/> Glycemie à jeûn                           | <input type="checkbox"/> Ac antinucléaires - Ac DNA        |
| <input type="checkbox"/> HbA1c                                     | <input type="checkbox"/> ASLO                              |
| <input type="checkbox"/> Acide Urique                              | <input type="checkbox"/> IgE Totales                       |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol total + HDL-LDL               | <input type="checkbox"/> Test d'allergie alimentaire       |
| <input type="checkbox"/> Triglycerides                             | <input type="checkbox"/> Test d'allergie respiratoire      |
| <input type="checkbox"/> Transaminases                             | <input type="checkbox"/> Ag HP dans le selles              |
| <input type="checkbox"/> Gamma GT                                  | <input type="checkbox"/> Sérologie HP                      |
| <input type="checkbox"/> Ionogramme sanguin                        | <input type="checkbox"/> Test respiratoire HP à l'urée 13C |
| <input type="checkbox"/> TSH us <input type="checkbox"/> T3 - T4 L | <input type="checkbox"/> Coproculture                      |
| <input type="checkbox"/> Vitamine D2 + D3                          | <input type="checkbox"/> Parasitologie des selles x3 jours |
| <input type="checkbox"/> PSA Total                                 | <input type="checkbox"/> Rotavirus dans les selles         |
| <input type="checkbox"/> Groupage ABO - Rhésus                     | <input type="checkbox"/>                                   |
| <input type="checkbox"/> Chimie urinaire + Nitrite                 | <input type="checkbox"/>                                   |
| <input type="checkbox"/> TROPONINE                                 |  |
| <input type="checkbox"/> D-DIMERES                                 |  |