

# 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.

5 : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'H  
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**

**M23-009061**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9933** Société : **RETRAITE RAM**  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : **SABER SONMIA**  
 Date de naissance : **10/10/62**  
 Adresse : **19 RUE EL YASSINE RESID EL MITLANE APPT 11 MAY RANA CAS**  
 Tél. : **0666089853** Total des frais engagés : **# 2659,1004#** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



**INP E  
0911 28513**

Date de consultation : .....  
 Nom et prénom du malade : **SABER SONMIA** Age : **61**  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : **pro un cancer**  
 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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
 Fait à : **CASA** Le : **31/10**  
 Signature de l'adhérent(e) : **SONMIA**

Autorisation CNDP N° 14-A-215/2019



# 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
20/06/2025			6	
07/06/2025			6	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

شهادة الصيدلية  
Pharmacie ACHOUHADAA Sect. 2 Hôpital  
425 Av. Achouhadaa - Sect. 2 Hôpital  
Sole - Tel/Fax: 05 37 81 15 31  
INPE: 102004101  
13/06/23 188350 101.00

674.60

188350

# 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

AM

PC

IM

IV

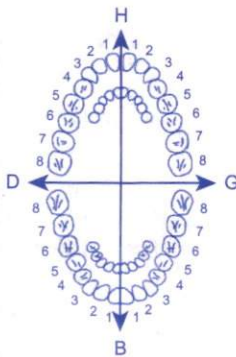
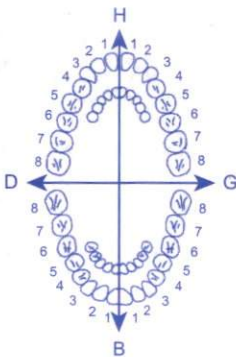
Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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															
				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> <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>			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																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



2300690524 / H0123015813

Prénom: SOUMIA

Nom: SABER

DDN: 10/09/1962 E: 25/05/2023

Service: HOSPI 5 (C246)

PAYANT  
Sexe: F



LDT 347,00  
EXP 347,00  
PPV 347,00

LDT 347,00  
EXP 347,00  
PPV 347,00

LDT 347,00  
EXP 347,00  
PPV 347,00

# Ordonnance

Casablanca, le :

27/05/23

PPV: 126,30 DH  
LOT: 651320  
PER: 11/24

PPV: 126,30 DH  
LOT: 651321  
PER: 11/24

PPV: 22DH20  
PER: 03/25  
LOT: M971

PPV: 22DH20  
PER: 03/25  
LOT: M1022

LOT 211481  
EXP 04/2024  
PPV 52.80DH



# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

27/06/2020

Saine & Sober

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V: 56DH60  
LOT: ZZE005  
PER: 08/2026  
6 118000 061465

1660.

1/ 5ml x 10  
1/2 cdt 5

PPV: 126,30 DH  
LOT: 651320  
PER: 11/24

2/ Augmentin  
500 x 315

PPV: 22DH20  
PER: 04/25  
LOT: M1253

PPV: 22DH20  
PER: 04/25  
LOT: M1253

3/ 5ml x 10  
1/2 cdt 5

Pharmacie ACHOUHADDA  
425 Av. Achouhadad- Sect. 2 Hay Salam  
Salé - Tél/Fax: 05.37.87.15.18  
IMB: 102001401

4/ 5ml x 10  
1/2 cdt 5

Dr CHAGOU Aniss  
Orthopédie Traumatologie  
Tél: 091177519  
Tél: 06 55 25 72