

## 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**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M23-000564

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11454 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BABALAHCEM A.P.P.  
 Date de naissance : 16/09/66  
 Adresse :  
 Tél. : poste 2916 Total des frais engagés : 1069.80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/9/2013  
 Nom et prénom du malade : Baba Luchien Aclal Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète sucré et Hypertension  
 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 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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 12/7/23         | L                 |                       | 300 DH                          |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                   | Date    | Montant de la Facture |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------|
| Pharmacie Massira Hassania<br>Dr Laila HAOUZIR<br>Massira Hassania Rue 6 - Oulfa<br>Tél: 05 22 59 80 06 - 05 22 59 87 77 | 12/7/23 | 768,80                |
|                                                                                                                          |         |                       |
|                                                                                                                          |         |                       |
|                                                                                                                          |         |                       |
|                                                                                                                          |         |                       |
|                                                                                                                          |         |                       |
|                                                                                                                          |         |                       |
|                                                                                                                          |         |                       |
|                                                                                                                          |         |                       |
|                                                                                                                          |         |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

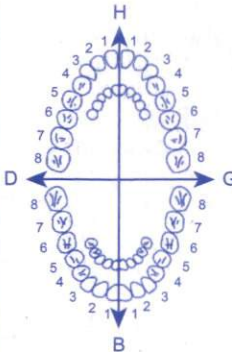
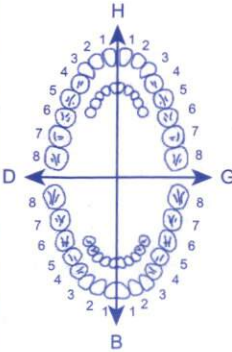
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 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                                                            | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H<br/> 25533412 21433552<br/> 00000000 00000000<br/> D ————— G<br/> 00000000 00000000<br/> 35533411 11433553<br/> B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             |                                                                                                                                                                                       |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Mohamed HAFIANI

## SPECIALISTE



# الدكتور محمد الحفياني

## إختصاصي

- Chirurgie des Reins et des Voies Urinaires et de la Prostate
- Stérilité Masculine
- Exploration et Chirurgie Endoscopique des Voies Urinaires
- Lithotripsie des Calculs Urinaires
- Ancien Enseignant à la Faculté de Médecine de Casa

- في أمراض وجراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية والبروستاتا
- العقم عند الرجال
- الفحص الداخلي والجراحة بالمنظار للمسالك البولية
- تفتيت الحصى بدون جراحة
- أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le : 12/7/23 في : الدار البيضاء،

m. Baba Lahcen Allal

x1 Mobarz 15mg

61.50 1CP 15

x2 Neo Fertom 160

98.80 1CP 160 2Bis

x3 Proxal domy

96.00 1CP 160 3 Mis

x1 Myco derme Remmode 1%

49.00 1APP 15

x2 Api x 0.2

89.50 1APP 15

x1 Ketoderm 2% : 1APP 15

86.80 1APP 15 - الدار البيضاء - الطابق الثاني - شارع 10 مارس - ساحة العمالة سيدي عثمان - 2ème Etage  
Centre Medical Sidi Othman - Place de la Préfecture - Sidi Othman Avenue 10 Mars - 2ème Etage



Pharmacie Massira Hassania  
Dr. Laïla HAOUZIR  
Lot Massira Hassania Rue 6 - Ouf  
Casablanca - 20700 - 05 22 89 57 11



Dr. Mohamed HAFIANI  
Chirurgien - Endologue  
Place de La Préfecture  
Avenue 10 Mars Sidi Othman  
Tél: 05 22 59 60 06 - 05 22 59 60 07  
N°PE: 091070755

PPV: 61DH50

PPV 98DH80  
EXP 08/2025  
LOT 28057 2

PPV 98DH80  
EXP 10/2025  
LOT 2N034 4

PPV: 96DH00

PPV: 96DH00  
PPV: 96DH00

LOT: 08221001  
PER: 02/2026  
PPV: 49.00 DH

2026/01  
PPC: 89,50 DH

Ketoderm 2% gel b8 sachet  
P.P.V.: 84,20 DH  
5 118001 181490