

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-809863

168053



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

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5509

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ENNAHIR AZZEDDINE

Date de naissance : 13.12.1962

Adresse : STAB, TUEZILE

Tél. : 0662491781

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور الحسن السبيسي  
Docteur Hassane SBIQUI  
88 Bd Med El Meknassi Bourgogne Casab  
شارع سعد المختار بورگون بفاس  
Tel : 05 22 26 91 80

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

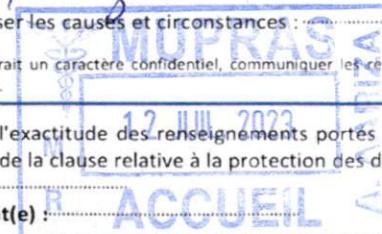
Enfant

Nature de la maladie :

Angine

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## RELEVE 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
10/07/23	C	1	200	INP : 091126102 الدكتور الحسن السبيوي Docteur Hassane SBIOUI 88, Bd El Meknassi Bourgogne Casa ش. ف. 88

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HAL 1, AV. Nica RD Mg. N° 9339 Tél : 05 22 97 39</i>	<i>10-07-23</i>	<i>184,90</i>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VOLET ADHÉSIF

## 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"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		D	G	00000000	00000000	25533412	21433552	35533411	11433553	B		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H																
D	G															
00000000	00000000															
25533412	21433552															
35533411	11433553															
B																
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Hassane SBIOUI

Ancien Médecin Major de la marine royale

Ancien Médecin au 1<sup>er</sup> Bataillon Médical Militaire

Chirurgie dermatologique

Echographiste

(Échotomographie doppler couleur abdominale et gynéco-obstétricale)

Traitement de la douleur

Traitement des névroses psychiatriques

Traitement du diabète et de la thyroïde

جراحة الجلد

الفحص بالصدى العام

الفحص بالصدى و الدوبيير الملون

دراسات عليا في علاج كل أنواع الألم

علاج الأمراض النفسانية

علاج السكري و الغدة الدرقية

BNNASHIR Abderrahman

Casablanca le ..... 10 JUIL. 2023 ..... الدار البيضاء في

170,05

ceptice (1641)

1 - 0 - 1

Parantal 1g = Dolpren 1g

1 - 1 - 1

14190

Algantyl 200

2 - 2 - 2 x 2, opus

1 - 1 - 1 x 2

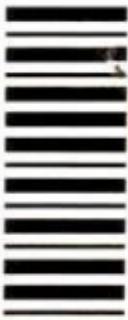
To 18490

PHARMA  
1. AV. NICE 15  
RD. NO: N° 15  
161. CO. 25010 CASABLANCA  
Tél: 05 22 92 94

الدكتور الحسن السبيوي  
Docteur Hassane SBIOUI  
88 Bd Med El Meknassi Bourgogne Casablanca

شارع محمد المكناسي بوربون بورجون  
العنوان: 88 Bd Med El Meknassi Bourgogne Casablanca  
الهاتف: 05 22 26 91 80  
Tél : 05 22 26 91 80

ALGANTIL® 200 mg  
PPV 14DH90  
EXP 01/2026  
LOT 2D0071



16x أقراص ملبيسة

سيفيكو<sup>®</sup>  
cefico<sup>®</sup>  
سيفوكسيدين 200 mg

200  
جراجم

LOT 221792 1

EXP 06 24

PPV 170.00 DH

CEFICO<sup>®</sup>  
Céfixime trihydrate

200 mg  
Voie orale

Comprimés pelliculés

16 x



COOPER  
PHARMA