

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'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

M23-008393

AA30

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1796 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUCHAREB ABDELICHAH

Date de naissance : 17 07 53

Adresse : lot ASMAM PAD'LA n°10

TARBA - MARRAKECH

Tél. : 0671363448 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

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

Nature de la maladie : fracture cheville

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/09/23 | | CD | G | |
| 29/09/23 | Petite chirurgie | | 16.000 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| | 29/9/2023 | 269,90 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

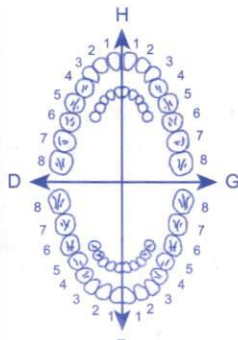
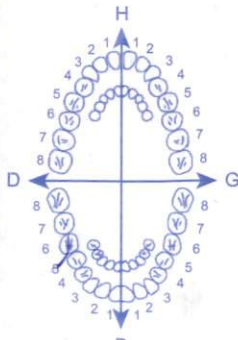
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|------|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | 04/09/23 | | fact | | | 950,00 |

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 | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------|-------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|  | | | | CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 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 Halim SAIDI
 Professeur de chirurgie
 orthopédique et traumatologie
 Ex-Chef de service d'orthopédie
 au CHU Mohamed VI - Marrakech
 Ex-Chef de département de chirurgie
 à la faculté de Médecine de Marrakech



الدكتور حليم سعيد
 أستاذ جراحة العظام والمفاصل
 رئيس سابق لقسم جراحة العظام
 بالمستشفى الجامعي محمد السادس - مراكش.
 رئيس سابق لشعبة الجراحة
 بكلية الطب - مراكش

Marrakech, le 28/08/2022 مراكش في

Bouchaneb A/AN

PHARMACIE HAMZA
 Dr EL MOUASSIM SALLAH Soufiane
 10 Avenue Aicha Oum Al Moumine
 Targa - Marrakech
 Tel : 05 24 39 71 37

1
 117,10
 87,80
 66,00

N°S

Olipen 750mg

2 Sachet x 750mg

N°S

2

Epison

117,10

26990

DR. HALIM SAIDI
 Professeur de chirurgie
 orthopédique - traumatologie
 Rte. Mohammed VI, 1^{er} étage
 Bld. Hassan II (au dessus du Café La Marlette)
 Tél : 05 24 39 71 37

LOT DOV59
 EXP 01/26
 PPC 65.00DH

LOT 220200
 EXP 01 24
 PPV 87.80 DH

إقامة نور 2، رقم 1 - الطابق
 (au dessus Café La Marlette)
 E-Mail : halimsaidi@yahoo.fr

Docteur Halim SAIDI
Professeur de chirurgie
orthopédique et traumatologie



Ex-Chef de service d'orthopédie
au CHU Mohamed VI - Marrakech
Ex-Chef de département de chirurgie
à la faculté de Médecine de Marrakech

الدكتور حليم سعيد
أستاذ جراحة العظام والمفاصل

رئيس سابق لقسم جراحة العظام
بالمستشفى الجامعي محمد السادس - مراكش.
رئيس سابق لشعبة الجراحة
بكلية الطب - مراكش

Bouchareb

Marrakech, le : 29/08/2022 : مراكش في

LAYAN

Compte rendu

*Ablation de vis & syndesmos
(Ablation de matériel &
cheville)*



DR. HALIM SAIDI
Orthopédiste
Appel 1 et 2 (24h/24)
Tél : 06 39 40 39 40
Tél : 06 39 40 39 40
halimsaidi@yahoo.fr
INPE : 071084438

إقامة نور 2، رقم 1 - الطابق 1 شارع الحسن الثاني (فوق مقهى لامارليت) - مراكش

Résidence Nour 2, Appt. 1 - 1er étage Bd. Hassan II (au dessus Café La Marlette)

Marrakech - Tél. : 08 08 52 15 79 / 06 73 08 39 40 - E-Mail : halimsaidi@yahoo.fr

Docteur Halim SAIDI
Professeur de chirurgie
orthopédique et traumatologie

Ex-Chef de service d'orthopédie
au CHU Mohamed VI - Marrakech
Ex-Chef de département de chirurgie
à la faculté de Médecine de Marrakech



الدكتور حليم سعيد
أستاذ جراحة العظام والمفاصل
رئيس سابق لقسم جراحة العظام
بالمستشفى الجامعي محمد السادس - مراكش.
رئيس سابق لشعبة الجراحة
بكلية الطب - مراكش

Marrakech, le : مراكش في

29/09/2023

Nom : BOCHAREB

Prénom : RAYANE

FACTURE :

Prestation

petite chirurgie

Total : 1600

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille six cent Dhs

Dr. Halim SAIDI
Professeur de Chirurgie
orthopédique - Traumatologie
Résidence Nour II, Appt. 1 - 1er étage
Bd. Hassan II, (au dessus Café La Marlette)
Tél : 08 08 52 15 79 / 06 73 08 39 40
halim.saidi@yahoo.fr
INPE : 071084438

إقامة نور 2، رقم 1 - الطابق 1 شارع الحسن الثاني (فوق مقهى لامارليت) - مراكش

Résidence Nour 2, Appt. 1 - 1er étage Bd. Hassan II (au dessus Café La Marlette)

Marrakech - Tél. : 08 08 52 15 79 / 06 73 08 39 40 - E-Mail : halimsaidi@yahoo.fr

Docteur Halim SAIDI
Professeur de chirurgie
orthopédique et traumatologie

Ex-Chef de service d'orthopédie
au CHU Mohamed VI - Marrakech
Ex-Chef de département de chirurgie
à la faculté de Médecine de Marrakech



الدكتور حليم سعيد
أستاذ جراحة العظام والمفاصل
رئيس سابق لقسم جراحة العظام
بالمستشفى الجامعي محمد السادس - مراكش.
رئيس سابق لشعبة الجراحة
بكلية الطب - مراكش

Marrakech, le 27/08/2022 مراكش في

Zouhar b. Ayman

Chaussure de WALKER

MOHAMMED MEDICAL SARL AU
N° 36 Angle Rue Allal Ben Ahmed
et Rue Ibn Aicha - Gueliz
Tél : 05 24 37 90 80
019856700000/1

DR. HALIM SAIDI
Professeur de chirurgie
orthopédique et traumatologie
au CHU Mohamed VI - Marrakech
Ex-Chef de service d'orthopédie
au CHU Mohamed VI - Marrakech
Ex-Chef de département de chirurgie
à la faculté de Médecine de Marrakech
Tél : 05 24 37 90 80
019856700000/1

إقامة نور 2، رقم 1 - الطابق 1 شارع الحسن الثاني (فوق مقهى لامارليت) - مراكش
Résidence Nour 2, Appt. 1 - 1er étage Bd. Hassan II (au dessus Café La Marlette)
Marrakech - Tél. : 08 08 52 15 79 / 06 73 08 39 40 - E-Mail : halimsaidi@yahoo.fr



VENTE DE MATERIEL MEDICAL ET CHIRURGIE

MARRAKECH LE, 04/09/2023

FACTURE N° : 11416

CLIENTS COMPTOIR

PATIENT:BOUCHAREB RAYAN

MODE DE REGLEMENT:ESP

| DESIGNATION | QTE | PU TTC | TOTAL TTC |
|-----------------------|-----|--------|-----------|
| CHAUSSURE DE DR BAROK | 01 | 950,00 | 950,00 |
| TOTAL HT : | | | 791,67 |
| MONTANT TVA : | | | 158,33 |
| TOTAL TTC : | | | 950,00 |

Arrêter la présente facture à la somme de :
NEUF CENT CINQUANTE DIRHAMS TTC.

MOHA MEDICAL SARL AU
N° 36 Angle Rue Allal Ben Ahmed
et Rue Ibn Aicha Gueliz
Tel : 05 24 37 90 80
ICE : 001985670000071

N36,ANGLE RUE ALLAL BEN AHMED ET RUE IBN AICHA-GUELIZMARRAKECH-GSM:+212 6 66 64 65 17-FIX:05 24 37 90 80

RC:84305-PATENTE:45395391-IF:24887677-CNSS:5663176-ICE:001985670000071-Email:mohamedical2018@gmail.com

BMCE:AGENCE ALLAL EL FASSI-RIB:011450000010210000527444