

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

M22- 0050848

160566

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2980 Société : Retraite

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Mohamedine Khalil

Date de naissance : 01.01.1956

Adresse : Lot Amour 38 N° 14 Fez

Tél. : 06 75 24 75 56 Total des frais engagés : 1941,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL HALLAOUI SAAD
Chirurgien Orthopédiste - Traumatologue
Adultes et Enfants
Tél. 06 62 10 24 32 - IMPE 141173450

Date de consultation : 14/03/2019

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Syndrome brachio rachien

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0050848

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
14/03/2023	V.F	NR	800M	Dr. EL HALLAOUI SAAD Chirurgien Orthopédiste - Traumatologue Tél: 04 62 19 24 82 - INPE 141173450


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 14 20 26 988	14/3/2023	141.60

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	
						

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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>			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																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 EL HALLAOUI SAAD

Chirurgien orthopédiste traumatologue

Adultes et enfants

Ancien médecin spécialiste

au CHU Hassan II - Fès

- ✓ Chirurgie des fractures
- ✓ Chirurgie prothétique
- ✓ Arthroscopie
- ✓ Chirurgie de la colonne vertébrale



الدكتور الهلاوي سعد

أخصائي في جراحة العظام والمفاصل
(الكبار و الصغار)

طبيب مختص سابقا

بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني - فاس

✓ جراحة الكسر وترميم العظام

✓ جراحة المفاصل الاصطناعية

✓ الجراحة بالمنظار

✓ جراحة العمود الفقري

Nom et Prénom :

El HALLAOUI SAAD

Le:

14/03/22

LOT:224742
EXP:12/25
PPV:13DH20

PPV:86DH40
PER:10/25
LOT:L3390-2

LOT 220289
EXP 09/2024
PPV 42.00DH

Dr EL HALLAOUI SAAD
Chirurgien Orthopédiste - Traumatologue
Tél. 06 62 10 24 32
Adresse: Fès

7J/7J - 24H/24H

الهاتف : 05 35 64 47 65 - المستعجلات : 06 62 10 24 32

شارع الجيش الملكي عمارة مكاتب رياض السلام (مطاحن الإدريسية سابقا) الأطلس : الطابق الرابع رقم 20 - فاس
AV des FAR, Imm Bureau Riyad ESSALAM (ancien moulin Idrissia) 4ème Etage N20 - Atlas - Fès

Docteur EL HALLAOUI SAAD

Chirurgien orthopédiste traumatologue

Adultes et enfants

Ancien médecin spécialiste

au CHU Hassan II - Fès

- ✓ Chirurgie des fractures
- ✓ Chirurgie prothétique
- ✓ Arthroscopie
- ✓ Chirurgie de la colonne vertébrale



الدكتور الهلاوي سعد

أخصائي في جراحة العظام والمفاصل
(الكبار و الصغار)

طبيب مختص سابقا

بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني - فاس

✓ جراحة الكسر وترميم العظام

✓ جراحة المفاصل الاصطناعية

✓ الجراحة بالمنظار

✓ جراحة العمود الفقري

Nom et Prénom :

A. ADDA

Le:

19/11/2023

Ampt R

Consultation + R^x gend (R/P)

R^x gend (R/P)

+ Trifluorométhylène de l'articulation
et de l'articulation de la

Dr EL HALLAOUI SAAD
Chirurgien Orthopédiste - Traumatologue
Adultes et Enfants
Tél. 06 62 10 24 32 - INPE 141173450

7J/7J - 24H/24H

الهاتف : 05 35 64 47 65 - المستعجلات : 06 62 10 24 32

شارع الجيش الملكي عمارة مكاتب رياض السلام (مطاحن الادريسية سابقا) الاطلس : الطابق الرابع رقم 20 - فاس
AV des FAR, Imm Bureau Riyad ESSALAM (ancien moulin Idrissia) 4ème Etage N20 - Atlas - Fès

Docteur EL HALLAOUI SAAD

Chirurgien orthopédiste traumatologue

Adultes et enfants

Ancien médecin spécialiste

au CHU Hassan II - Fès

- ✓ Chirurgie des fractures
- ✓ Chirurgie prothétique
- ✓ Arthroscopie
- ✓ Chirurgie de la colonne vertébrale



الدكتور الهلاوي سعد

أخصائي في جراحة العظام والمفاصل

(الكبار و الصغار)

طبيب مختص سابقا

بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني - فاس

✓ جراحة الكسر وترميم العظام

✓ جراحة المفاصل الاصطناعية

✓ الجراحة بالمنظار

✓ جراحة العمود الفقري

Nom et Prénom :

Le:

Constitution = 200 DM

Rx Epule } 100 = 200 DM
glu

Violence Muro = 1300 DM

Dupont = 100 DM

Avec le psychologue = 100 DM

7J/7J - 24H/24H

الهاتف: 05 35 64 47 65 - المستعجلات: 06 62 10 24 32