

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.

Diagnostique 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 canalaire, 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 canalaire.

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0041518

ND: 29803

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3651 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOHO MOHAMMED

Date de naissance : 03/03/1958

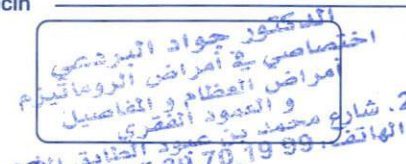
Adresse : quartier Essalam Avenue Khawarizmi

1er étage KODIAT SARAJ M'DIO

Tél. 06 39 82 37 22 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/09/2020

Nom et prénom du malade : HAKEMI ZOHRA Age: 64 ans

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

Nature de la maladie : Douleur articulaire

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 : TETOUAN Le : 18/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
21/02/20	C	1	250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/02/20	38,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/02/20	224	270,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

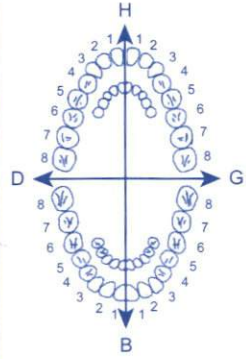
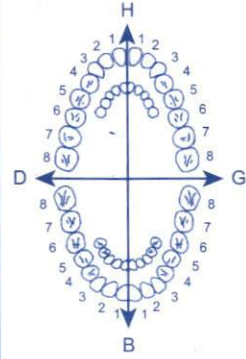
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Debut d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			Coefficient des Travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins
				Date du Devis
				Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CABINET DE RHUMATOLOGIE

Dr. JAOUAD EL BARDI

Specialiste En Rhumatologie
Pathologie Osteo - Articulaire
Musculaire et Ostéoporose

DIPLOMÉ DE LA FACULTÉ DE MEDECINE
DE LYON - FRANCE

Ancien medecin à l'hôpital Ayachi Sale
et Hopital Saniat Rmel

2, Rue Mohamed Ben Aboud 1^{er} Etage
TETOUAN



C.0539 70 19 99
D.0539 99 56 47
GSM.0661 81 74 76

الدكتور جواد البردعي

اختصاصي في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصل
والعمود الفقري وهشاشة العظام

خريج كلية الطب بليون - فرنسا
طبيب سابقا بمستشفى العياشي سلا
ومستشفى سانية الرمل

2 شارع محمد بن عبود الطابق الأول
تطوان

Tetouan, le 21.FEV.2020 تطوان في

Nom du Malade : ZOIRA MAKIMI

chelle
Faül
güt Thorne ger de.
Rx pulve &

الدكتور جواد البردعي
اختصاصي في أمراض الروماتيزم
و أمراض العظام والمفاصل
والعمود الفقري وهشاشة العظام
2. شارع محمد بن عبود الطابق الأول
الهاتف: 05 39 70 19 99 - تطوان

DR. JAOUAD EL BARDI
CLINIQUE ALNAKHIL
2, Rue Mohamed Ben Aboud 1^{er} Etage
Tetouan

CLINIQUE ALNAKHIL

URGENCES 24/24 HEURES

MEDICO-CHIRURGICALE

CHIRURGIE GENERALE-GYNECO-OBSTETRIQUE

TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE

CHIRURGIE INFANTILE

UROLOGIE

UNITE D'ENDOSCOPIE

NEURO-CHIRURGIE-ORL-OPHTALMO

HEPATO-GASTROENTEROLOGIE

SPECIALITES MEDICALES

RADIO-SCANNER



مصحة النخيل

المستعجلات 24/24 ساعة

طبية جراحية

الجراحة العامة - طب النساء والولادة

جراحة العظام والمفاصل

جراحة الأطفال

جراحة المسالك البولية

التنظير الداخلي

جراحة الدماغ - الأذن والأنف والحنجرة - طب العيون

أمراض الجهاز الهضمي والكبد

الاختصاصات الطبية

الراديويو والسكانيز

FACTURE N° 2725 /2020

Nom du patient	Date
ZOHRA HAKIMI	21/02/2020
Prestations	Montant
POUMON F	120,00
GRIL COSTAL G/F	150,00
Arrêtée la facture à la somme de :	
DEUX CENT SOIXANTE DIX DHS	270,00
REGLE EN ESPECES	

74, Av Hassan II TETOUAN

Tél.: 05 39 96 26 00 / 05 39 96 27 00

Fax: 05 39 96 28 00 / 05 39 96 29 00

R.C:2675 -I.F: 04940776 - T.P: 51107724

I.C.E: 001886912000007

Web : www.cliniquenakhil.com

74 شارع الحسن الثاني
TETOUAN
CLINIQUE ALNAKHIL
74 Tétouan



Unité D'imagerie Médicale

SCANNER - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE - MAMMOGRAPHIE
PANORAMIQUE DENTAIRE - ECHOGRAPHIE

Tétouan le, 21/02/2020

Nom du patient : ZOHRA HAKIMI
Examen demandé : POUMON F+GRIL COSTAL G/F
Médecin traitant : DR. J. EL BARDI

Compte-Rendu

POUMONS :

- Absence de lésion évolutive.
- Culs de sac libres.
- Silhouette cardio-médiastinale normale.

GRIL COSTAL G :

- Absence de lésion osseuse suspecte.

DR. BENATTABOU BENAÏSSA
RADIOLOGUE
CLINIQUE ALNAKHIL
Av. Hassan II N° 74 Tétouan
CONFRATERNELLEMENT
Dr. B. BEN ATTABOU
RADIOLOGUE

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigne : MAHO. MOHAMMED.....

Titulaire de la CIN : C.153773.....

Matricule RAM : 3651.....

Adresse domicile : 128 Lotissmt. La commune Sidi Parouf/Casa

Déclare sur l'honneur et en toute connaissance de cause que mon conjoint :

Mme ou Mr : HAKIMI. ZOHRRA.....

Titulaire de la CIN : B.79.297.....

Ne dispose d'aucun revenu salarial ou professionnel assujetti à l'impôt sur les revenus ou l'impôt sur les sociétés au titre de l'année fiscale 2019. Je déclare qu'à ma connaissance, toutes les informations que j'ai fournies sont correctes et complètes. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration pourra entraîner la suspension de mon droit à la couverture MUPRAS avec l'obligation de restitution des remboursements indument perçus, conformément au règlement intérieur « **ARTICLE 4 et 6** ».

Je m'engage à avertir les services de la Mupras de tout changement de la situation professionnelle de mon conjoint.

La présente déclaration est faite suite à la demande de la MUPRAS (Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc) pour servir et faire valoir ce que de droit.

Fait à M'diq le : 19. /06/ 2020

Signature :



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigne : M.A.H. MOHAMMED.....

Titulaire de la CIN : C153773.....

Matricule RAM : 3651.....

Adresse domicile : 12.8 Lotissmt. La commune. Sidi. Parout / Casa.

Déclare sur l'honneur et en toute connaissance de cause que mon conjoint :

Mme ou Mr : HAKIMI. ZOHR.A.....

Titulaire de la CIN : B 79.297.....

Ne dispose d'aucun revenu salarial ou professionnel assujetti à l'impôt sur les revenus ou l'impôt sur les sociétés au titre de l'année fiscale 2019. Je déclare qu'à ma connaissance, toutes les informations que j'ai fournies sont correctes et complètes. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration pourra entraîner la suspension de mon droit à la couverture MUPRAS avec l'obligation de restitution des remboursements indument perçus, conformément au règlement intérieur « **ARTICLE 4 et 6** ».

Je m'engage à avertir les services de la Mupras de tout changement de la situation professionnelle de mon conjoint.

La présente déclaration est faite suite à la demande de la MUPRAS (Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc) pour servir et faire valoir ce que de droit.

Fait à M'diq le : .. / .. / 2020

Signature :

