

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

Nº P19- 0041518

ND: 23803

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

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

1^e étage KODIAT sarrat M'DIQ

Tél. 06.39.82.37.22 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الجود جواد التبرشة
أخصائي في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام و الأعصاب
والدكتور الفقري

2.

شارع محمد بن عبد الله بن مطر

المائة 99

Date de consultation : 9/1/2020

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

Lien de parenté : Fille Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Douloureuse

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 24 JUN 2020

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.

ACCUEIL

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) :

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
21/02/2020	Cr	1	250,94	Handwritten signature in Arabic and French, dated 21/02/2020.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPEL-1500853	21/02/2020	38,90

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE RADILOGIQUE AV. HASSAN II 72 CLINIQUE ALAALAM	21/02/2020	224	270,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

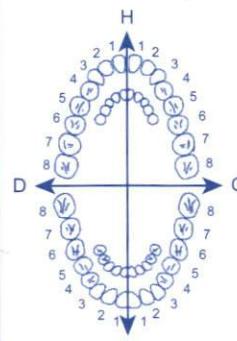
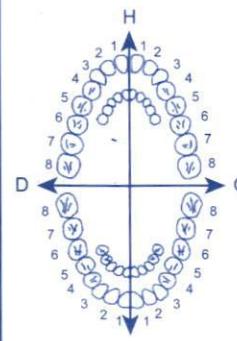
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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 canalaire, 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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

CABINET DE RHUMATOLOGIE

Dr.JAOUAD EL BARDI

Specialiste En Rhumatologie
Pathologie Osteo - Articulaire
Musculaire et Osteoporose

DIPLOMÉ DE LA FACULTÉ DE MEDECINE
DE LYON - FRANCE
Ancien medecin a l'hôpital Ayachi Sale
et Hôpital Sanitat Rmel
2,Rue Mohamed Ben Aboud 1 .Etage
TETOUAN



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

الدكتور جواد البردعي

اختصاصي في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصيل
والعمود الفقري و هشاشة العظام
خريج كلية الطب بليون - فرنسا
طبيب سابق بمستشفى العياشي سلا
ومستشفى سانية الرمل
2 شارع محمد بن عبد الطابق الأول
تطوان

21 FEV. 2020

Tetouan,Le

تطوان في

Nom du Malade. HAKIM. ZO'HRA. 200/A₂₃

10,10 Paracetamol 500 mg
1.1.1.1
11/11/18625

28.80
38.90
Vitamine J
11/11/18625

الدكتور جواد البردعي
اختصاصي في أمراض الروماتيزم
أمور العظام والمفاصيل
والعمود الفقري و هشاشة العظام
2 شارع محمد بن عبد الطابق الأول
تطوان
التاريخ: 05 39 70 19 99



CABINET DE RHUMATOLOGIE

Dr.JAOUAD EL BARDI

Specialiste En Rhumatologie

Pathologie Osteo - Articulaire

Musculaire et Ostéoporose



الدكتور جواد البردعي

اختصاصي في أمراض الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل

والعمود الفقري وهشاشة العظام

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

خريج كلية الطب بليون - فرنسا

طبيب سابقاً بمستشفى العياشي سلا
ومستشفى سانية الرمل

2 شارع محمد بن عبد الطابق الأول
تطوان

Tetouan, le 21 FEV. 2020

Nom du Malade : 2011RA MAKINI

Faïl

chelle

gut Thonale ges. ab.

Rx maladie F

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

ABOU BENAISSE
CLINIQUE ALNAKHIL
AL HASSAN II N° 74 Tétouan
Tétouan
AL HASSAN II N° 74 Tétouan

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 المخاطم والماضل

جراحة الأطفال

جراحة المسالك البولية

التضير الداخلي

جراحة الدماغ - الأنف والأذن والحنجرة . طب العيون

أمراض الجهاز الهضمي والكليد

الاختصاصات الطبية

الراديوي والسكاني

FACTURE

N°

2725

/2020

<i>Nom du patient</i>	<i>Date</i>
ZOHRA HAKIMI	21/02/2020
<i>Prestations</i>	<i>Montant</i>
POUMON F	120,00
GRIL COSTAL G/F	150,00
<i>Arrêtée la facture à la somme de :</i>	
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

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
ALNAKHIL CLINIC
RUE BEN ABBOUS EL MAISSA
AV. Hassan II
TETOUAN
MARRAKECH
TUNISIA
N° 74 TETOUAN



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 BENAISSA
RADIOLOGUE
CLINIQUE ALNAKHIL
AV. Hassan II N°74
Tétouan
CONFRATERNELLEMENT
Dr. B.BEN ATTABOU
RADIOLOGUE

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigne : M A H O . M O H A M M E D.....

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

Matricule RAM : 3651.....

Adresse domicile : 128 Lotissmt La commune Sidi Daarouf/Kessa.

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

Mme ou Mr : HAKIMI ZOHRA.....

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 : 19.10.2020

Signature : 



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigne : MAHQ. MOHAMMED.....

Titulaire de la CIN : C.15.3773.....

Matricule RAM : 3651.....

Adresse domicile : 128 Lotissement La commune Sidi Daoud/Casa.

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

Mme ou Mr : HAKIMI ZOHRA.....

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 :

