

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

N° W21-681266

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0004246

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJAT KABBALCHIBOU

Date de naissance : 20/08/1968

Adresse : BIANES P.O. FADILA Rue 7 No. 10 TIZVET

Tél. : 06 63 44 54 51

Total des frais engagés : Dr. Kabbalchibou Mansour

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Kabbalchibou Mansour
b. Av. Abderrahmane El Youssoufi
Immeuble Al Moustapha Porte N°3
90 000 Tanger - Maroc
Tél. : 0539 32 29 30 / 0539 32 39 40
06 161 175 765

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13-03 / 2023

Nom et prénom du malade : KABBALCHIBOU NAJAT Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : NCB gauche

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 N° W21-681266

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13-03-23 | | 5 | 250.00 | INP : 161175765 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie TAJ EL ANASSER Rue El Hadj Benachcen, n° 56 Hay El Anasseri 3 TANGER Tél: 05 39 31 18 27 INPE: 162102628 | 13-03-23 | 1262.30 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 13-03-23 | RX | 1000.00 |
| | 10/04/23 | 3-136 | 1700.00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|---------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | 13-03-23 | echarpe | | | | 150.00 |

VOILET 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 :

Veillez 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"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|------------------|-------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
| | | | | 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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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



CENTRE ORTHOPÉDIQUE
TRAUMATOLOGIQUE

DR. MANSOUR

Dr. Kaddour Mansour

+212 (0) 539 32 29 30 / +212 (0) 539 32 29 40

3, Avenue Abderrahmane El Yousseffi

Immeuble Al Mostapha, Porte N° 3 / 90 000 Tanger, Maroc

www.centremansour.com

PRESCRIPTION MÉDICALE

13/03/2023

KABBAL CHIBOUN NAJAT

51:30 x 2

- Voltarene Ip 100 mg

1 comprimé, soir, après les repas, pendant 14 jours

60:10 x 1

- Epyca 50 mg

1 gélule, matin, soir, après les repas, pendant 6 mois

94:00

- mydoflex 150 mg

un comp trois fois par jour

22:00 x 2

- Cedol

1 comprimé, matin, midi, soir, pendant 14 jour(s)

71: 1262,30

Dr. Kaddour Mansour
Orthopédie - Traumatologie
6, Av. Abderrahmane El Yousseffi
Immeuble Al Moustapha Porte N°3
90-000 Tanger - Maroc
Tél.: 0539 32 29 30 / 0539 32 39 40
NIP : 161 175 765

Pharmacie TAJ EDDINE

Rue Echahid Benlabed n°56B

Hay Brandes T - TANGER

Tel 05 39 31 18 27

DR. MANSOUR
CENTRE ORTHOPÉDIQUE
TRAUMATOLOGIQUE

6 118001 030040

○ VOLTARENE® LP 100 mg

Comprimé pelliculé

PPV : 51.30 DH

1232204 MA TA

Cédol®

20 Comprimés



6 118000 180913

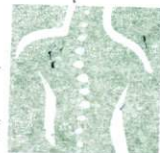
MYDOFLEX® 150 mg

Tolpérisone HCl

30 Comprimés pelliculés



6 118001 260850



○ VOLTARENE® LP 100 mg

Comprimé pelliculé

PPV : 51.30 DH

1232204 MA TA

Cédol®

20 Comprimés



6 118000 180913

Epyca® 50 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV : 60DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

Epyca® 50 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV : 60DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

Epyca® 50 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV : 60DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

Epyca® 50 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV : 60DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

Epyca® 50 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV : 60DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

Epyca® 50 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV : 60DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

Epyca® 50 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV : 60DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

Epyca® 50 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV : 60DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

Epyca® 50 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV : 60DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

Epyca® 50 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV : 60DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

Epyca® 50 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV : 60DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

Epyca® 50 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV : 60DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

Epyca® 50 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV : 60DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

Epyca® 50 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV : 60DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

Epyca® 50 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV : 60DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

Epyca® 50 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV : 60DH10

PROMOPHARM S.A



6 118001 260683

DR. MANSOUR
CENTRE ORTHOPÉDIQUE
TRAUMATOLOGIQUE

Immeuble Al Mostapha, Porte N° 3 / 90 000 Tanger, Maroc
3, Avenue Abderrahmane El Youssoufi
+212 (0) 539 32 29 30 / +212 (0) 539 32 29 40



CENTRE ORTHOPÉDIQUE
TRAUMATOLOGIQUE

DR. MANSOUR

Dr. Kaddour Mansour
+212 (0) 539 32 29 30 / +212 (0) 539 32 29 40
3, Avenue Abderrahmane El Yousseffi
Immeuble Al Mostapha, Porte N° 3 / 90 000 Tanger, Maroc

www.centremansour.com

PRESCRIPTION MÉDICALE

11/04/2023

KABBAL CHIBOUN NAJAT

- **Relaxol 500 mg /2mg**
1 comprimé, matin, soir, après les repas, pendant 14 jours

DR. Kaddour Mansour
Orthopédie - Traumatologie
6, Av. Abderrahmane El Yousseffi
Immeuble Al Mostapha, Porte N° 3
90 000 Tanger, Maroc
Tél.: 0539 32 29 30 / 0539 32 39 40
N°P : 161 175 765



CENTRE ORTHOPÉDIQUE
TRAUMATOLOGIQUE

DR. MANSOUR

Dr. Kaddour Mansour

+212 (0) 539 32 29 30 / +212 (0) 539 32 29 40

3, Avenue Abderrahmane El Yousseoufi

Immeuble Al Mostapha, Porte N° 3 / 90 000 Tanger, Maroc

www.centremansour.com

COMPTE RENDU RADIOLOGIQUE

TANGER, LE 13-03-2023
NOM DU PATIENT: KABBAL CHIBOUN NAJAT

EXAMEN RÉALISÉ:

Rx epaule gauche

Rx Cervical

RÉSULTAT:

arthrose Cervical

Dr. Kaddour Mansour
Orthopédie - Traumatologie
6, Av. Abderrahmane El Yousseoufi
Immeuble Al Mostapha Porte N°3
90 000 Tanger - Maroc
Tél.: 0539 32 29 30 / 0539 32 39 40
INP : 161 175 765

13/03/2023

Facture

KABBAL CHIBOUN NAJAT

| Acte | QTE | Honoraire, |
|--------------|-----|------------------|
| Consultation | 1 | 250,00 Dh |
| Radio | 2 | 200,00 Dh |
| echarpe | 1 | 150,00 Dh |
| Total | | 800,00 Dh |

Arrêté la présente facture à la somme de :
huit cents dirham(s)

Dr. Kaddour Mansour
Orthopédie - Traumatologie
6, Av. Abderrahmane El Youssefi
Immeuble Al Moustapha Porte N°3
90 000 Tanger - Maroc
Tél: 0539 32 29 30 / 0539 32 29 40
0539 161 175 765

INP: 161 175 765



CENTRE ORTHOPÉDIQUE
TRAUMATOLOGIQUE

DR. MANSOUR

Dr. Kaddour Mansour

+212 (0) 539 32 29 30 / +212 (0) 539 32 29 40

3, Avenue Abderrahmane El Yousseoufi

Immeuble Al Mostapha, Porte N° 3 / 90 000 Tanger, Maroc

www.centremansour.com

PRESCRIPTION MÉDICALE

13/03/2023

KABBAL CHIBOUN NAJAT

scanner cervical

Dr. DIOURI Mohamed
RADIOLOGUE
CENTRE DE RADIOLOGIE
IBN SINA - TANGER
INP : 161045109

Dr. Kaddour Mansour
Orthopédie - Traumatologie
6, Av. Abderrahmane El Yousseoufi
Immeuble Al Moustapha Porte N°3
90 000 Tanger - Maroc
Tél.: 0539 32 29 30 / 0539 32 29 40
INP : 161 175 765

Centre de Radiologie Ibn Sina Tanger

الدكتور Docteur
ديوري محمد Diouri Mohamed

الدكتور Docteur
علمي مروني محمد Alami M. Mohamed

Résonance magnétique 1,5T (IRM) - Scanner multibarrettes 3D
Radiologie et Mammographie numérisées - Ostéodensitométrie
Dentascan - Cone Beam - Radio Panoramique dentaire - Echographie

Nom et Prénom : KABBAL CHIBOUN Najat
Médecin demandeur : DR KADDOUR Mansour
Nature de l'examen : TDM CERVICALE

Tanger le : 10/04/2023

Compte Rendu

Cher(e) confrère, merci de la confiance que vous nous avez témoignée

TECHNIQUE

*Acquisition spiralee multibarrette avec reconstructions axiales et sagittales
en fenêtre tissulaire et osseuse.*

RESULTAT

- *Absence d'anomalie de la jonction cervico-crânienne.
- *Sous réserve d'absence d'injection iodé : le cordon médullaire apparaît d'aspect morphologique normal et de densité homogène.
- *Débords disco-arthrosiques médianes et para-médianes bilatéraux, non conflictuels en C5/C6 et C6/C7, amincissant partiellement d'aspect péri-médullaire antérieur.
- *Absence de conflit disco ostéo-radicaire visible aux différents étages explorés.
- *Absence d'anomalie de la densité osseuse d'allure évolutive.
- *Les mensurations canalaire cervicales sont normales.

CONCLUSION

Débords disco-ostéophytique médianes et para-médianes bilatéraux non conflictuels en C5/C6 et C6/C7.

Dr. DIOURI Mohamed
RADIOLOGUE
CENTRE DE RADIOLOGIE
IBN SINA - TANGER
N° : 161045109

Résidence Juliana

45, Rue El Maari (en face de la Comanav) - Tanger

Tél. : 05 39 94 16 46 / 05 39 94 04 90

Fax : 05 39 94 50 19

E-mail : centre_radiologie@menara.ma

www.cris.ma


Centre de Radiologie Ibn Sina
TANGER

اقامة جوليانا

45 زقة ابو العلاء المعري (امام كومناف) - طنجة

الهاتف : 05 39 94 16 46 / 05 39 94 04 90

الفاكس : 05 39 94 50 19

البريد الالكتروني : centre_radiologie@menara.ma

www.cris.ma

Centre de Radiologie Ibn Sina – Tanger

Docteurs

Diouri Mohamed

Alami Merrouni Mohamed

Tanger le : 10/04/2023

NOTE D'HONORAIRES

Nom du patient : **Mme KABBAL CHIBOUN Najat**

Nature de l'examen : **TDM CERVICALE**

Honoraires : **1 700 Dhs**

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de :

MILLE SEPT CENTS DIRHAMS

SIGNE :

Dr. **DIOURI Mohamed**
RADIOLOGUE
CENTRE DE RADIOLOGIE
IBN SINA - TANGER
INP : 161045109