

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie


N° W21-799471

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : U246 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NAJAT KABBAL CHIBOU
 Date de naissance : 20/02/1968
 Adresse : PCANES 25 FADILA Rue 2 NO10
T8 Mon
 Tél. : 0663445451 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 : Concavités L5-S1, concavités C5-C6
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : et C5-C6
 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) : Code INPE : 3941 9061

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-799471

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
21/08/2023	cs		\$ 300.00 \$	INF : Dr. AHAJJAM Mohamed AZAR Traumatologie-Orthopédie Centre Médical Razi, Av Abou Bakr Raz 2ème Etg N° 7 Tanger N° 666378 - GSM : +212 666 392 49

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie Ibn Khaldoun n° 568 Hay Branes I - TANGER T41 05 39 31 18 27</p>	01.08.23	PL: 701.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/09/23	112 sec. x 17 Xa Co = 1732 d.f.s.	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Carte et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
KEN NADIA Physiothérapeute I: 0664 53 50 02	10/05/23		11	0	12	12500
Code INPE :						

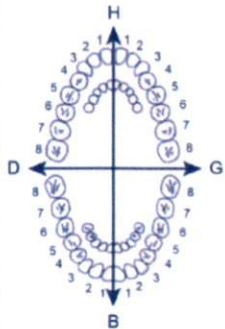
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

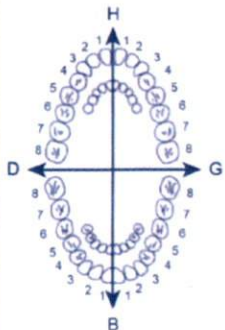
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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	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	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	G															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
		[Création, remont, adjonction] 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. AHAJJAM MOHAMED AZHAR
Spécialiste en chirurgie orthopédique
et traumatologique



د. محمد أزهار أحجام
إختصاصي في جراحة العظام
و المفاصل

TANGER LE : 01/08/2023

Mme KABBA LCHIBOU NAJAT

Note d'honoraire

Désignation	Montant
CONSULTATION	300,00
Total Honoraires en MAD	300,00

Dr. AHAJJAM Mohamed Azhar
Traumatologie - Orthopédie
Centre Médical Razi, Av Abou Bakr Razi
3ème Etg N° 7 Tanger
INRE 151160370 - GSM : +212 666 392 493

Dr. AHAJJAM MOHAMED AZHAR
Spécialiste en chirurgie orthopédique
et traumatologique



د. محمد أزهار أحجام
إختصاصي في جراحة العظام
والمفاصل

TANGER le : 01/08/2023

Mme KABBA LCHIBOU NAJAT

Prière de faire une rééducation du rachis cervical (12 séances) pour
cervicalgies avec petit débord discal confirmé par TDM

- massothérapie, rééducation antalgique, mobilisation articulaire, drainage
- renforcement des M.Paravertebraux, et étirement musculaire de la chaine postérieure.

AKEL NADIA
Kinésithérapeute
Physiothérapeute
Tél: 0664 53 50 02

Dr. AHAJJAM Mohamed Azhar
Traumatologie-Orthopédie
Centre Médical Razi, Av Abou Bakr Razi
2ème Etg N° 7 Tanger
INDE 151166378 - GSM : +212 666 392 493

IF: 53574516 / ICE: 003233353000051 / TP: 50415601

Fixe : 0539 35 05 52 - Mobile : 0666 39 24 93 / E-mail : medazhar@hotmail.com

1, Centre médical ARRAZI, Av. Aboubakr ARRAZI, étage 3, Appartement 7 (en Face Clinique Tingis) -Tanger

Dr. AHAMMED MOHAMED AZHAR
Spécialiste en chirurgie orthopédique
et traumatologique



د. محمد أزهار أحجام
إختصاصي في جراحة العظام
و المفاصل

TANGER le : 01/08/2023

ORDONNANCE

Mme KABBA LCHIBOU NAJAT

PIASCLEDINE 300 MG GÉLULES

une gélule par jour pendant 3 mois

BREXIN COMPRIMÉS

un comprimé par jour pendant 10 jours

RELAXOL COMPRIMÉS 500/2 MG

un comprimé trois fois par jour pendant 7 jours

LOT : 23E005
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
PER.: 02 2026
6 118000 060833

Dr. AHAMMED MOHAMED AZHAR
Traumatologie - Orthopédie
Centre Médical Dr. Abou Bakr Razi
36ème Etg N° 1 Tanger
INPE 15116578 - GSM : +212 666 392 493

Pharmacie TAJ EDDINE
Rue Echahid Bentancen n°54
Hay Brades I - TANGER
Tél 05 39 31 18 27

بريكسين[®] 20 مغ

بيروكسيكام بيتاسيكلوديكسترين

20 قرصا قابلة للكسر

عن طريق الفم

 **chiesi**

Brexin[®] 20 mg

Proxicam-β-cyclodextrine

20 comprimés sécables

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240181

08/1/88



PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

بياسكليدين 300

300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين



1 gélule / jour
1 كبسولة في اليوم

EXPANSCIENCE®
LABORATOIRES



300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين
بياسكليدين 300

PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



بياسكليدين 300

300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين



1 gélule / jour
1 كبسولة في اليوم

EXPANSCIENCE®
LABORATOIRES

30
GÉLULES
كبسولة

بياسكليدين 300[®]
300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين

PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

بياسكلدين 300

300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين



1 gélule / jour
1 كبسولة في اليوم

EXPANSCIENCE®
LABORATOIRES

30
GÉLULES
كبسولة

بياسكلدين 300
300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين



Centre de Santé
Basmat Ghazali

Akel Nadia

Tanger le: 04/09/2023

Facture n°: 018

Nom et Prénom : KABBA LCHIBOU NAJAT
Prescription du Docteur: Dr. AHAJJAM MOHAMED AZHAR

N° Facture	Déscription	Prix	Nombre de Séances	Total
18	Rééducation RACHIS CERVICAL	110,00 DH	12	1 320,00 DH

Total TTC :	1 320,00 DH
-------------	-------------

La présente Facture est arrêtée à la somme de :
Mille Trois Cent Vingt Dirhams.

Signature :

AKEL NADIA
Kinésithérapeute
Physiothérapeute
Tél: 0664 53 50 02

Branes 1 Rue 23, 1ère étage n° 02 (à coté de pharmacie ibn batouta)Tanger./Tél: 06 64 53 50 02// 06 99 04 66 64
gmail: basmat ghzali@gmail.com// N°patente: 53526119/ ICE:003214720000003

le code INPE :

015050669

Le code à barres :



Tanger le: 04/09/2023

Nom et Prénom : KABBA LCHIBOU NAJAT

Prescription du Docteur: Dr. AHAJJAM MOHAMED AZHAR

Détail des séances :

SEANCES	DATES
1 ^{er} Séance	01/08/2023
2e Séance	04/08/2023
3e Séance	07/08/2023
4e Séance	09/08/2023
5e Séance	11/08/2023
6e Séance	14/08/2023
7e Séance	16/08/2023
8e Séance	18/08/2023
9e Séance	21/08/2023
10e Séance	25/08/2023
11e Séance	30/08/2023
12e Séance	01/09/2023

Signature :

AKEL NADIA
Kinésithérapeute
Physiothérapeute
Tél: 0664 53 50 02

Branes 1 Rue 23, 1ère étage n° 02 (à coté de pharmacie ibn batouta)Tanger./Tél: 06 64 53 50 02// 06 99 04 66 64

gmail: basmat ghzali@gmail.com// N°patente: 53526119/ ICE:003214720000003

le code INPE :

015050669

Le code à barres :



015050669