

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 canalaires, 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 canalaires.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-799471

AS 17/6/73

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : LI 2146

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAJAT KABBAL CHIBOU

Date de naissance : 07/02/1968

Adresse : BRANES 15th PADILA Rue 7 N°10

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 : Cervicalgies avec cervicalthorax Ce-C7

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° W21-799471

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 :

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
21/08/23	CS		# 300.00 #	INP : <input type="text"/> Dr. AHJJAM Mohamed AZZAF Traumatologie Orthopédie Centre Medical Razi, Av Abou Bakr Razi 3eme Etg N° 7 Tanger INPE : 16202628 - GSM : +212 666 392 493

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TRAUMATOLOGIE Echahid Bentahcen n°58 Hay Branes 1 - TANGER T 05 39 31 18 27 INPE: 16202628	01.08.23	RL: 701.90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/09/23	Radiographie dentaire	
		112.50	
		132.20	
		17.00	
		112.50	
		132.20	
		17.00	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier Kiné NADIA Kinésothérapeute 0664 53 50 02	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	01/08/23	110.00	12.00	12.00	112.50	
		132.20	132.20	132.20	132.20	
		17.00	17.00	17.00	17.00	
		112.50	112.50	112.50	112.50	
		132.20	132.20	132.20	132.20	
		17.00	17.00	17.00	17.00	

Code INPE

0150...-59

Code INPE :

015050669

VOLET ADHERENT

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

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 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"/>
				CoeffICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. AHJJAM 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. AHJJAM MOHAMED Azhar
Traumatologie Orthopédie
Centre Médical Razi, Av Abou Bakr Razi
3ème Etg N° 7 Tanger
IMRE 15116570 - 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. AHJJAM 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 chaîne postérieure.

AKEL NADIA
Kinésithérapeute
Physiothérapeute
Tél: 0664 53 50 02

Dr. AHJJAM Mohamed Azhar
Traumatologie Orthopédie
Centre Médical Razi, Av Abou Bakr Razi
3ème Etg N° 7 Tanger
INDE 13165378 - 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. AHJJAM MOHAMED AZHAR
Spécialiste en chirurgie orthopédique
et traumatologique



د. محمد أزهار أحجام
إختصاصي في جراحة العظام
والمفاصل

TANGER le : 01/08/2023

ORDONNANCE

Mme KABBA LCHIBOU NAJAT

188.00 x 3

PIASCLEDINE 300 MG GÉLULES

84.80 une gélule par jour pendant 3 mois

BREXIN COMPRIMÉS

53.10 un comprimé par jour pendant 10 jours

RELAXOL COMPRIMÉS 500/2 MG

un comprimé trois fois par jour pendant 7 jours

PL = 701.90

REF: 01/2023/0006
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
6 118000 060833

Dr. AHJJAM M. Mohamed Azhar
Traumatologie - Orthopédie
Centre Médical ARRAZI, Av. Aboubakr Razzi
10ème Etg N° 7 Tanger
INPE 15100378 - GSM : +212 666 392 493

Pharmacie TAJ EDDINE
Rue Echahid Bentahcen n°56
Hay Brades I - TANGER
T+212 05 39 31 18 27

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

بريكسين® 20 مع

بيروكسيكام بيتاسيكلوديكسترين

20 قرصاً قابلة للكسر



84180

عن طريق الفم

chiesi

Brexin® 20 mg

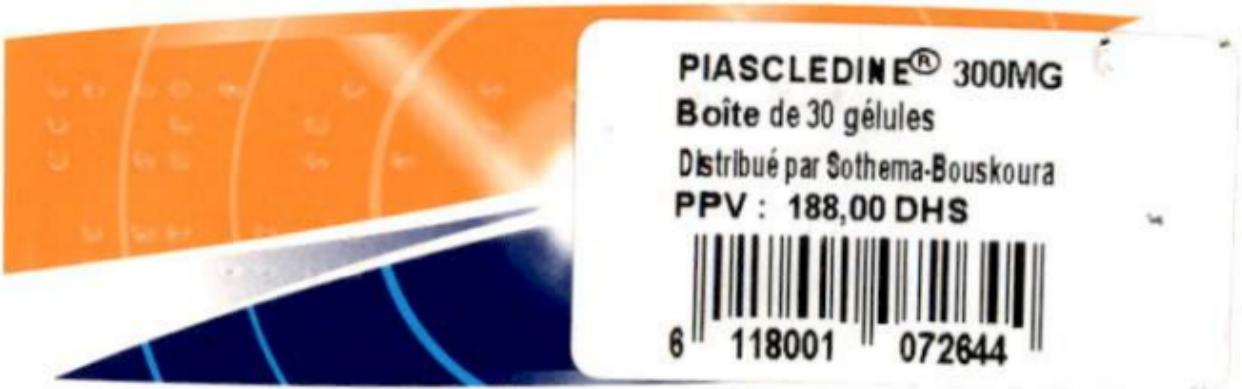
Piroxicam β -cyclodextrine
20 comprimés sécables
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240181

PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA



پیاسکلیدین 300

300 ملخ من الأفوكا و الصويا غير القابلين للتصبن



1 gélule / JOUR
1 كبسولة في اليوم

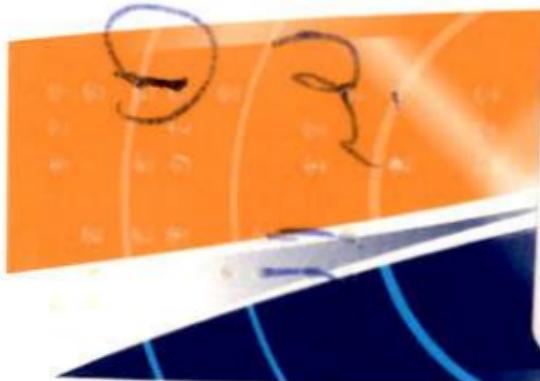
EXPANSCIENCE®
LABORATOIRES

30
GÉLULES
كبسولة

پاسکلیدین® 300
ملع من الأفوكا و الصويا غير القابلين للتصبن
300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

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

پاسکلیدین® 300

300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلين للتصبن



1 gélule / jour
1 كبسولة في اليوم

EXPANSCIENCE®
LABORATOIRES

30
GÉLULES
كبسولة

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



بلاسكليدين 300
مليغ من الأفوكا و الصويا غير القابلين للتصبن

بلاسكليدين 300[®]

300 مليغ من الأفوكا و الصويا غير القابلين للتصبن



1 gélule / jour
1 كبسولة في اليوم

EXPANSCIENCE®
LABORATOIRES

30
GÉLULES
كبسولة

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. AHJJAM 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
Tel: 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 :





Centre de Santé

Basmat Ghazali

Akel Nadia

Tanger le: 04/09/2023

Nom et Prénom : KABBA LCHIBOU NAJAT

Prescription du Docteur: Dr. AHJJAM 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 :

