

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 Alial 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



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-799469

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1216	Société :	167063
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KABBAZI Bou.
Nom & Prénom :		NASAT	
Date de naissance :		20.06.1968	
Adresse :		BEN ABBEY BOU RADILA Rue 10 N° 7	
Télé. :		0663445451	
Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<p>Dr. AHAJJAM in Mohamed Aghbar Traumatologie-Orthopédie Centre Médical Razzi, Av Abou Bakr Razzi Séma Etg N° 7 Tanger INPE-1511657D - GSM : +212 666 392 483</p>			
Date de consultation : 20/04/2023			
Nom et prénom du malade : _____ Age: _____			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Capsulite retrécissante épaule			
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 : _____

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W21-799469	
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 :	20/04/2023

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
20/04/2013	CS		# 300.000,00 F CFA Dr. AHAJJAM Ndiame Orthopédie Centre Médical RAKIKA Dakar 2ème étage N° 7 Tanor Téléphone : +221 666 382 40	INP : 15111466370

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Rue Echahid Béchiria n° 56B		 Rue Echahid Béchiria n° 56B

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 DR BENMOUSA AMINE RADIOLOGIE AL KHIMIE	28/04/2018	130	130

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Patient	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
AKEL NADIA	20/06/2023	Reéducostim				110 x 12 =
Kinésithérapeute		capsulite	Retractions			
Physiothérapeute		Epaule				
tél: 0664 53 50		(12 séances x Mod B)				1320 dhs
Code INPE :						
015050660						

VIOLET 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.

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



جاج
جراحة العظام

TANGER le : 20/04/2023

ORDONNANCE

Mme KABBALCHIBOU NAJAT

59,30

BREXIN COMPRIMÉS

30,00 un comprimé par jour pendant 10 jours

MYANTALGIC COMPRIMÉS

180,00 un comprimé deux fois par jour si douleurs importantes

SINOVIX GEL

une application deux fois par jour

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés
PPU 30DH00 EXP 12/2024
LOT 2N032 2

Dr. AHJJAM Mohamed Azhar
Traumatologie - Orthopédie
Centre Médical Razzi, 3ème Etg N° 7 Tanger
INPE 151165378 - GSM : +212 666 392 493

pharmacie TAJ EDDINE
Rue Echabdi Sene 100 n°56
Hay Brani Tanger
T+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

Dr. AHJJAM MOHAMED AZHAR
Spécialiste en chirurgie orthopédique
et traumatologique



د. محمد أزهار أحجام
إختصاصي في جراحة العظام
والمفاصل

20-04-2023

KA BBAL CHIBOU
NAJAT

Parcours 12 séances kiné
épaule G opér capsulite retranch.
épaule G: messages , mobilisation ,
mangas

Dr. AHJJAM Mohamed Azhar
Traumatologie-Orthopédie
Centre Médical ARRAZI Av Abou Bakr Razi
Jème Elg N° 7 Tanger
TPE: 151166378 - GSM: +212 666 392 483

ADEL NADIA
Kinésithérapeute
Physiothérapeute
Tél: 0664 53 50 02

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 : 20/04/2023

Mme KABBALCHIBOU NAJAT

Échographie épaule gauche

Suspicion lésion de la coiffe des rotateurs avec tendinite et limitation
douloureuse des mouvements, exploration des tendons de la coiffe

Dr AHJJAM Mohamed Azhar
Traumatologue et Orthopédie
Centre Medical Razi, Av. Aboubakr Razi
INPE 151166578 - GSM +212 666 392 493

RADIOLOGIE ALHAKIM
DR BENMOUSSA AMINE
INPE 011292653

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

N° Taxe Prof. 50208956 N° CNSS 2430057 I.F. 04903529 ICE 001673766000036
 Banque Populaire Ibn Batouta N° 164 640 212 111 859 654 000 5 68

Date 20/04/2023

Patient KABBALCHIBOU NAJAT

Facture	23-007518
---------	-----------

Nature de l'examen	Prix
ECHOGRAPHIE D'EPAULE GAUCHE	500,00
Total à payer	500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Règlement :

Dr EL ALAMI

Dr TLEMÇANI

Dr SEFRIoui

Dr BENMOUSSA

Dr ALAMI

RADIOLOGIE ALHAKIM
 DR BENMOUSSA AMINE
 INPE 011292653

📍 71, rue Sidi Bouabid, face au minaret de la mosquée Med. V (Iberia) 90030 Tanger

📞 05 39 33 33 21 / 22 ☎ 05 39 33 27 18

✉ radioalhakim@gmail.com 🌐 www.radiologiealhakim.ma

Dr. AHJJAM MOHAMED AZHAR
Spécialiste en chirurgie orthopédique
et traumatologique



د. محمد أزهار أحجام
إختصاصي في جراحة العظام
والمفاصل

TANGER LE : 20/04/2023

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
INPE 151166378 - GSM : +212 666 392 493



Centre de Santé
Basmat Ghazali

Akel Nadia

Tanger le: 01/06/2023

Facture n°: 010

Nom et Prénom : KABBALCHIBOU NAJAT
Prescription du Docteur: Dr. AHAJJAM MOHAMED AZHAZ

N° Facture	Déscription	Prix	Nombre de Séances	Total
10	Rééducation Fonctionnelle (Capsulite Rétractile Epaule)	110,00 DH	12	1 320,00 DH

Total TTC : 1 320,00 DH

La présente Facture est arrêtée à la somme de :

Mille Tois Cent Vingt Dirhams.

Signature :

AKEL NADIA
Kinésithérapeute
Physiothérapeute
Tél: 0664 53 50 02

Branes 1 Rue 23, 1ère étage n° 02 (à côté 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:00321472000003

Le code INPE :

015050669

Le code à barres :



015050669

Tanger le: 01/06/2023

Nom et Prénom : KABBAECHIBOU NAJAT

Prescription du Docteur: Dr. AHAIJAM MOHAMED AZHAZ

Détail des séances :

SEANCES	DATES
1 ^{er} Séance	05/05/2023
2 ^{eme} Séance	09/05/2023
3 ^{eme} Séance	11/05/2023
4 ^{eme} Séance	13/05/2023
5 ^{eme} Séance	16/05/2023
6 ^{eme} Séance	18/05/2023
7 ^{eme} Séance	20/05/2023
8 ^{eme} Séance	23/05/2023
9 ^{eme} Séance	25/05/2023
10 ^{eme} Séance	27/05/2023
11 ^{eme} Séance	30/05/2023
12 ^{eme} Séance	01/06/2023

Signature :

AKEL NADIA
 Kinésithérapeute
 Physiothérapeute
 Tél: 0664 53 50 02

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

le code INPE :

015050669

Le code à barres :



Tanger, le 20/04/2023

NOM ET PRENOM : KABBALCHIBOU NAJAT

EXAMEN : ECHOGRAPHIE D'EPAULE GAUCHE

MEDECIN TRAITANT : Dr, AHADJAM MED AZHAR

*Honoré confrère - Honorée consœur,
Tout en vous remerciant de la confiance que vous nous témoignez, veuillez trouver ci-joint le
compte rendu de l'examen que vous avez demandé.*

RESULTAT

- Épaississement du ligament glénohuméral inférieur gauche par rapport au côté droit mesurant respectivement 5 et 1,4 mm d'épaisseur en faveur d'une capsulite rétractile.
- Tendon du supra épineux : continu avec une épaisseur normale et une striation fibrillaire respectée.
- Tendons de l'infra épineux : continu avec une épaisseur normale et une striation fibrillaire respectée.
- Tendons du sub-scapulaire : continu avec une épaisseur normale et une striation fibrillaire respectée.
- Tendon du long biceps : Continu avec une épaisseur normale et une striation fibrillaire respectée. En place dans sa gouttière.
- Absence d'épanchement intra articulaire
- Absence d'épanchement liquide ni d'hypertrophie de la bourse sous acromio-deltoïdienne.
- Absence d'hypervascularisation au doppler couleur dans l'intervalle des rotateurs
- Absence d'hypertrophie de l'articulation acromio-claviculaire.
- Trophicité normale des corps musculaires du supra et de l'infra épineux

CONCLUSION

- Capsulite rétractile de l'épaule gauche.

DR BENMOUSSA
RADIOLOGIE ALHAKIM
DR BENMOUSSA AMINE
INPE 011292653

Dr EL ALAMI

Dr TLEMÇANI

Dr SEFRIoui

Dr BENMOUSSA

Dr ALAMI