

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° M21- 0037410

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6624 Société : 129352
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MARIANE KHADJA
Date de naissance : 10/08/1960
Adresse : Rue de Rome Walilic 1° 11 Cas
Tél. : 0661993361 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr EL BOUDOUR EL IDRISSI
MOULAY JALAL
INPE: 091048900
Tél: 05 22 44 55 72
Date de consultation : 31.05.22
Nom et prénom du malade : MARIANE KHADJA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : pathologique
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 : Casablanca Le : 07/06/2022
Signature de l'adhérent(e) :

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
3.1.2020	es			Dr EL BOUDOUR EL IDRISS MOULAY JALAL NPE: 091048900 Tél: 05 22 44 55 72

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre International des Aptitudes Médicales «CIAM» 117-119 Bd. Abdelmoumen - Casablanca Tél: 0522 47 46 46	07.06.2020	UN G + UN HT (K 35 + K 39 / 2)	2000 DHS f

AUXILIAIRES MEDICAUX

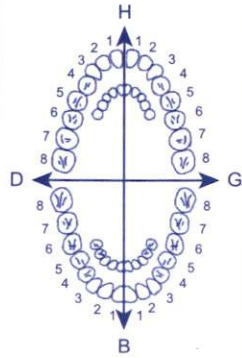
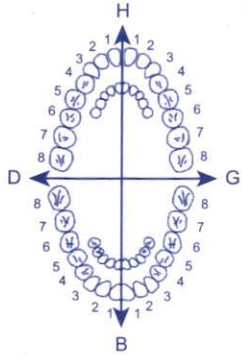
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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															
				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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Docteur EL BOUDOUR EL IDRISSE

Moulay Jalal

DIPLOME DE LA FACULTE DE PARIS

SPECIALISTE EN O.R.L.(C.E.S)

MALADIE ET CHIRURGIE DU

Nez - Gorge - Oreille - Face - Cou

Surdité- Vertige

Ronflement



الدكتور البدور الادريسي

مولاي جلال

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في امراض الاذن، الانف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

الشخير

Casablanca, le

31.05.22 الدار البيضاء, في

M A ZIAN U I CHAADI

V. N. G

V. H. I. T

Dr EL BOUDOUR EL IDRISSE
MOULAY JALAL
INPE: 091048900
Tél: 05 22 44 55 72

94 شارع 11 يناير الطابق الاول (مقابل سينما كوليزي) الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 55 72

94, Bd.11 Janvier -1^{er} Etage (en face Cinema Colisée) Casablanca - Tél: 05 22 44 55 72



LE 07/06/2022

Compte rendu de MME MAZIANE KHADIJA

VNG :

Absence de nystagmus dans le regard direct et latéral droit et gauche avec ou sans fixation

Head shaking : pas de nystagmus résiduel

Épreuve au fauteuil à 180 degrés : pas d'asymétrie

VHIT :

Pas de déficit canalaire

ICE : 001915271000032

Centre International
des Aptitudes Médicales
«CIAM»
117-119 Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 47 46 46



Centre International des Aptitudes Médicales
المركز الدولي للخبرات الطبية - International Center of Medical Skills



MAZIANE KHADIJA

LE : 07/06/2022

FACTURE N° 39/2022

FACTURE N° 39/2022

Facture de MME MAZIANE KHADIJA pour Examen Vestibulaire Clinique (K20) avec
VNG +VHIT (K39) +(K39/2)

(La somme de DEUX Mille Dirhams (2000,00 Dhs))

Arrêté la présente facture à la somme de DEUX Mille dirhams.

ICE : 001915271000032

**Centre International
des Aptitudes Médicales**
«CIAM»
117-119 Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 47 46 46