

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	6624	Société :	129359
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		MAZIANE KHADJA	
Date de naissance :		10/08/1960	
Adresse :		Rue de Roue Walili (C) 1 <sup>e</sup> 11 Casab	
Tél. :		0661993361 Total des frais engagés : ..... Dhs	

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Dr EL BOUDOUR EL IDRISI MOULAY JALAL INPE: 091048900 Tél: 05 22 44 55 72		
Date de consultation :	31/05/2022		
Nom et prénom du malade : MAZIANE KHADJA Age: .....			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : ghr et algérienne			
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 : Casab Le : 07/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
21.05.2012	es	G		<b>DR EL BOUDOUR EL IDRISSI</b> <b>MOULAY JALAL</b> NPF: 091048900 Tél: 05 22 44 55 72

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre International des Spécialités Médicales «C.I.A.M» 117-119 Bd. Abdelmoumen - Casablanca Tél: 0522 47 46 46	21/05/2012	VNG + V.HJ + (K35 + K29/2)	10000 Dhs f

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL BOUDOUR EL IDRISI

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  
Rongement



الدكتور البدور الاوريسي

مولاي جلال

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض الأنف، الأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

الشخير

Casablanca, le

31.05.22 الدار البيضاء، في

MARZIAN 144 AD 2022

V.N.G  
V.H.I.T

Dr. EL BOUDOUR EL IDRISI  
MOULAY JALAL  
INPE: 091048900  
Tel: 05 22 44 55 72



Centre International des Aptitudes Médicales

- المركز الدولي للخبرات الطبية - International Center of Medical Skills



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 / Société Civile Professionnelle des médecins  
Siège social : 117-119, Boulevard Abdelmoumen- Quartier des Hôpitaux- Maârif -Casablanca – Code Postal :  
20360

Tel (+212) 0522474646 / E-mail : [ciam.program118@gmail.com](mailto:ciam.program118@gmail.com)  
CNSS : 4109650 / PATENTE : 36336783 / IF : 15177679



## 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  
111-119 Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 0522 47 46 46  
«CIAM»