

0664 1884 33

ACC

Person Id: MABILI
First name: NAÏMA
Last name: NAÏMA

Interacoustics A/S
Drejervænget 8
5610 Assens

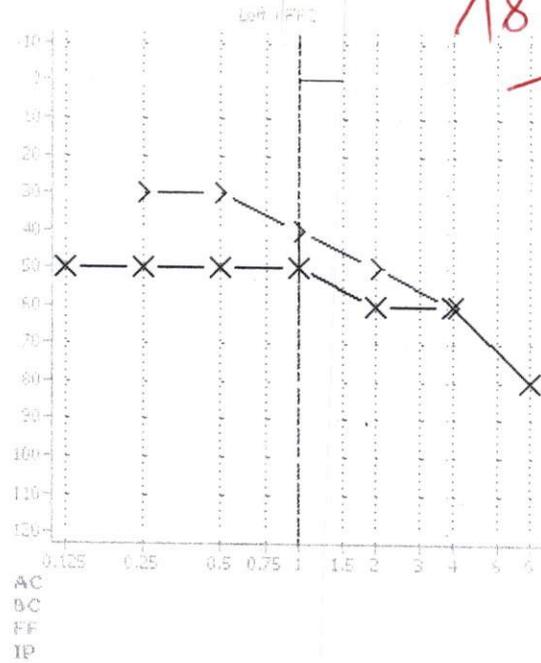
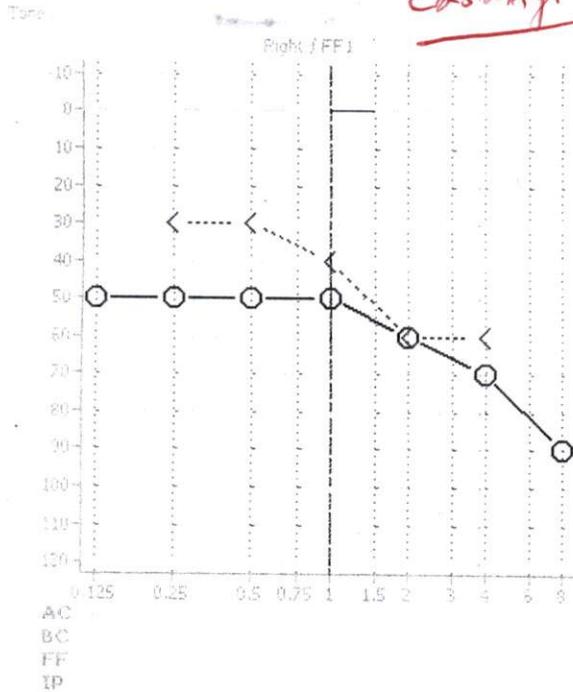


6306

10/16/2023 1:41:06 PM

Casa Ayr

183672



○△×□◁ [>] ○△×□
m m m m m m m m m m



Smoliti de perceptum de 50 db hitateal

MUPRAS
71 NOV. 2023
ACCUEIL
I. BOUZACHANE

Dr. Nawal NADEF
MEDECIN ORL et CHIRURGIEN
CERVICOFACIAL
Cité Office 58 de Missimi Etage 4
Appt 44-45 Hay Hassani - Casa
Tél: 0522 25 78 21 / 0522 99 62 09

Devis

Patient

Numéro: 27AB /23

Mme : MADIHI NAIMA

Date : 31/10/2023

Désignation	Qté	Prix HT	Prix Total HT
<i>Prothèse Auditive Numérique</i> TYPE : RIC <u>ANAM :FA100001.</u> <ul style="list-style-type: none">• 2 Ans d garantie• Contrôle gratuit• Service après-vente gratuit.	2	7000.00	14 000.00

Total HT : 14 000.00**TVA 0% : 00.00****Total TTC : 14 000.00**Arrêter le présent devis à la somme de **Quatorze milles dirhams.**

Ste **AUDOUNE** SARL
ICE 001580986000071
IF 18752858 - RC 40873
Tél. 06 88 58 62 16

Dr. Nawal NADEF

Oto-Rhino - Laryngologiste
Maladie et Chirurgie du Nez
Gorge - Oreille - Face et cou
Exploration et traitement
de surdité
vertige - Trouble de la voix
Endoscopie
Ronflement - Allergie



الدكتورة نوال نضيف

اختصاصية في امراض و جراحة الانف
الحنجرة - الاذن - الوجه و العنق
تشخيص و علاج الصم
الدوخة - اضطرابات الصوت
الفحص بالمنظار
الشخيص و المعالجة

Certificat Medical

ORDONNANCE

Casablanca, le : 10/10/2023 في الدار البيضاء.

Je soussign e Dr

Certifi e avoir examin e la Patiente
HASSINE NAÏMA Ce jour du
10/10/2023 et qu'elle présente
une surdité de perception  e
50db nécessitant un appareillage
acoustif bilatéral.

Sté AUDITION PREMIUM

Rsd. Les Roseaux 49 Bd. 2 Mars
3 eme Etage - CASABLANCA

Tél. 05 22 99 47 68

Rue EL Jachidja - Espace Houssam N o 22 Porte 1

1 er Etage N o 1 - Casablanca - ICE : 001812377000090

Tél.: 05 22 99 62 09 / 07 00 84 17 18 - Fax : 05 22 25 78 21

Dr. Nawal NADEF
MEDECIN ORL et CHIRURGIEN
CERVICO - FACIALE
Cite Office 58 Lot Missini Etage 4
App. 04 - 45 Hay Hassani - Casa
05 22 99 62 09 / 07 00 84 17 18

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
16/10/2023		6		

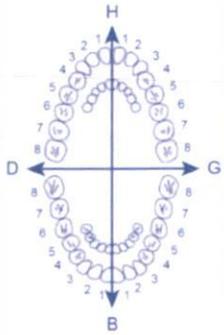
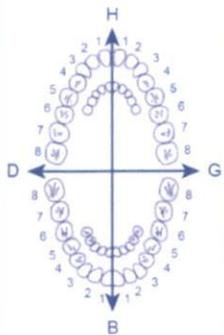
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	31/10/23		2			14000,00

VOLET ADHERENT

* 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 <input type="text"/>													
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	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														

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° W21-687288

Case - Aug 9

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6306 Société : R.A.M
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : Abirah I. Houi
 Date de naissance : 1970
 Adresse : Sekilia 1 Rue 17 n° 10 ouffa Casablanca
 Tél. : 0664 10 84 33 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 : affection ORL
 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° W21-687288

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 : _____

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE



المملكة المغربية
السلطنة الوطنية للتعريف



Sexe: M

Nom: MAJHI

Date de naissance: 01.01.1950

Prénoms: BOUSKOURA NOUACEUR

Signature: عبد المطلب حموي

Signature: عبد المطلب حموي



Sexe

Nom

Date de naissance

Prénoms

Signature

Numéro: B384450

Validité: 16.05.2031