

CLASSEMENT - DU 14-02-2024
N° = 184150

DEVIS

DATE : 23.11.2023

PATIENT EZZAHOUM ABDENBI

Désignation	Qté	PU HT	Prix Total
<ul style="list-style-type: none"> • Marque : Starkey • Technologie numérique programmable • Directivité : omni directionnel • Garantie 2 ans 	2	11000.00	22000 .00
TOTAL 22000.00			
<i>TVA 20% : (0)*</i>			
TOTAL HT : 22000.00			

Arrêté le présent devis à la somme vingt-deux mille Dirhams

* La vente des Prothèse auditives se fait en hors taxe suivant le décret N°2-12-85 du 24 jourmada II 1433 (16 Mai 2012)

AUDIO SON sarl au
Cité Bissalam - Imme 114 N°3
Hay Hassani Casablanca
Tél: 05 22 89 19 66

Dr Reda HEJJOUJI

Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et chirurgie Cervico-Faciale



- Diplômé de la faculté de Médecine et de pharmacie de Rabat
- Ancien Médecin du CHU de Montpellier
- Ancien Interne à l'Hôpital Universitaire de Poitiers

الدكتور رضى حجوji

إخلاصي في جراحة الأذن، الأنف و الحنجرة
و جراحة الوجه و العنق

- خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط
- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بمونبلييه
- طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي بواتيه

ORDONNANCE

Casablanca Le: 22/11/23

Le vous admettez patient Absenté
Elzaham pour améliorer
Audition bilatérale. Âge: 71 ans.
et il présente une surdité de l'oreille
bilatérale modérée

Appt: Audiz suivez Dr

Dr. Reda HEJJOUJI
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-faciale
INPE 0912390908
Lot 108, Appt 1, Résidence Ferdaous, Oulfa Casablanca
redahejjouji@gmail.com +212 5 29 95 94 90

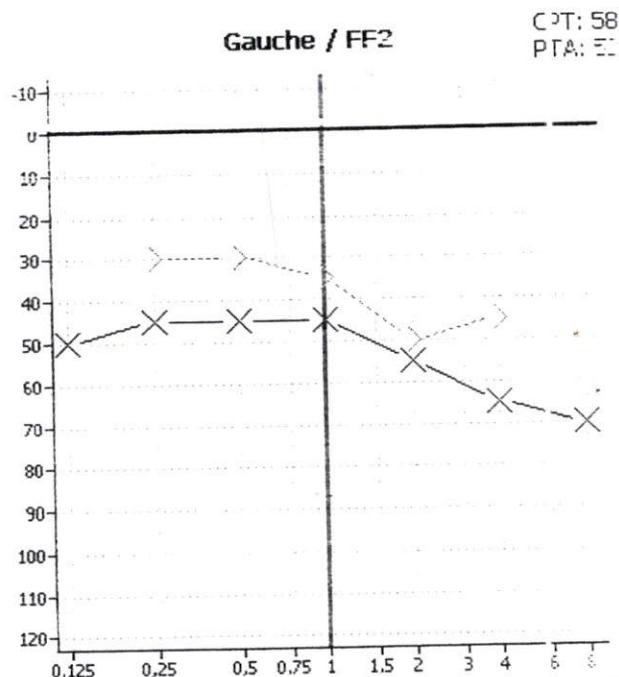
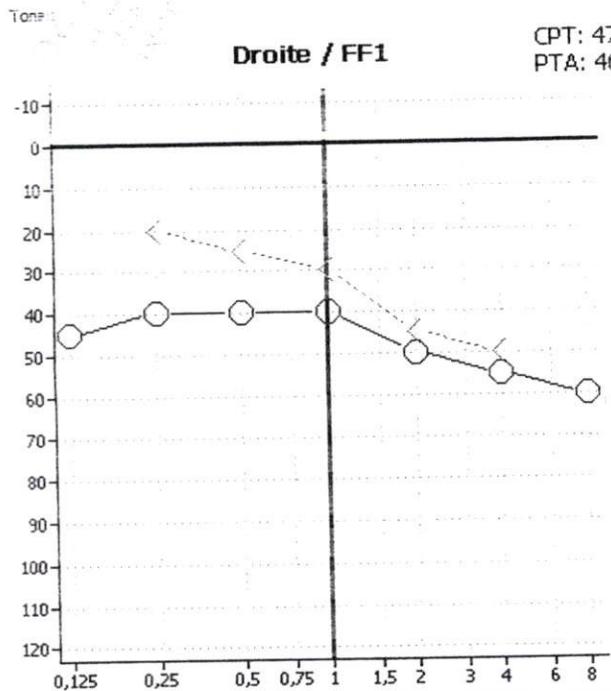
N. Dossier: 8220851
Nom de famille: Scherzer
Prénom: Alain

Interacoustics A/S
Audiometer Allé 1
5500 Middelfart



Interacoustics

21/11/2023 12 27:51



Présentation des symboles

Droite Gauche fibrateur fibrateur (FP1 FP2
 H M H M H M H M H M H M
 0 0 X 0 < 0 > 0 0 0 0 0 0
 田 田 田 田 田 田 田 田 田 田 田 田

Sukhdev Panjab Bhatkale Padshah
(See PAM 4605 Bhatkale etc. - 5206 part 1)

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 canalaire, 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 canalaire.

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 : **6029**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : **Retraité**

Nom & Prénom : **EZZAHOUN**

ABDEN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 : /

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 : / /

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

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
AUDI SON sarl au Cité Essalam Imm 114 N°3 Hay Hassani Casablanca Tél : 05 22 89 19 66	23/11/03	Prophète bi latérale				22000,00

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 <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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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