

## 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.

### Diologie 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.

### Prothèse :

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.

### Prothèse :

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.

Le 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

Déclaration : contact@mupras.com  
Personne en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

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° P19-0040333

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03272

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom : LAHLALI Azzeddine

Date de naissance : 12-05-1952

Adresse : 12, Rue MOHAMMAD EL-DINE Q. HOPITAUX

CASA BLANCA - ANFA

Tél. : 0623086397

Total des frais engagés : 13.000,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/02/2020

Nom et prénom du malade : M. LAHLALI Azzeddine

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 : CASABLANCA

Le : 04/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-040333

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 : 03272

Nom de l'adhérent(e) : LAHLALI Azzeddine

Total des frais engagés : 13.000,00

Date de dépôt : 05/02/2020



# 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
04/02/2020				

# 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	
04/02/2020	(02) Appareils Auditifs numériques					13000

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

Docteur Abdelilah Mhadi

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

**O.R.L. et chirurgie maxillo faciale**

- Exploration et traitement de :  
Surdité, Vertige, Ronflement  
Pathologie de la voix
- Examen et chirurgie endoscopique  
du nez et du larynx
- Chirurgie microscopique de l'oreille
- Laser
- Implantation cochléaire



الدكتور عبد الله مهدي

خريج كلية الطب بنانسي

أمراض وجراحة الأنف، الأذن، الحنجرة، الوجه والغلق

• تشخيص والعلاج الصم، الدوخة، الشخير

اضطراب الصوت

• الفحص والجراحة بالمنظار داخل الأنف والحنجرة

• الجراحة المجهرية للأذن

• أشعة الليزر

• زرع القوقعة

Casablanca le

04/02/2020

Je soussigné, certifie par le  
nom m<sup>r</sup> CHATEAU Abdelouah  
nécessite un appareil lafe  
bilatérale



زاوية شارع الناظور و شارع أطلنتيد - حي بولو - الدار البيضاء

Angle boulevard Nador et Atlantide, Quartier POLO - Casablanca

Tél. : 0522 79 33 00 - 0522 86 20 60/61 - Fax : 0522 21 32 95

E-mail : a.mhadi@clinique-avicenne.ma - Site : www.clinique-avicenne.ma



## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 04/02/2020

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 03272 e-mail : Lahaz.1952@gmail.com Phones : 0623086397  
 Nom et Prénom de l'adhérent : LAHLALI AZZEDDINE  
 Nom et Prénom du bénéficiaire : A L

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :  
 Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.  
 te coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif)  
 A (préciser l'établissement hospitalier)

### STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Diminution aigüe auditive Bilatérale  
 lui nécessite un appareillage auditive  
 Bilatérale

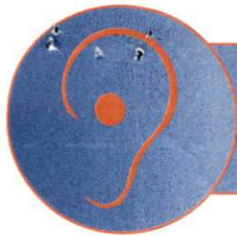
Cachet, date et signature du praticien

*(Signature)*

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



# Audition Santé

De L'expérience à l'application

## AUDITION SANTE

223, Ang Bd.Abdelmoumen et place  
du Dr Charles Nicole,  
CASABLANCA

LAHLALI AZZEDDINE

Devis n° : 0033/20

Date : 04/02/2020

Quantité	Désignation	Prix Unitaire HT	Montant Total HT
2	Appareil auditif numerique REF : TARGA S5 MARQUE : REXTON  NETTOYAGE GRATUIT REGLAGE GRATUIT CONTROLES PERIODIQUES GRATUIT	6 500,00	13 000,00
Total HT (en DH)			13 000,00
TVA (*)			0,00
TOTAL HT (en DH)			13 000,00

Arrêté le présent devis à la somme de treize mille dirhams HT

(\*) La vente des prothèses auditives se fait en hors taxe suivant le décret N 02-12-85 du 24 Joumada II 1433 (16 mai 2012)

ATTIJARIWAFABANK  
AGENCE CASA AL QODS  
RIB : 007 780 000 547 700 000 012 739



Casablanca : 223, Ang Bd. Abdel Moumen et place du docteur charles nicole

RC : 231943 - IF : 40259131 - TP : 36334217 - CNSS : 8865886 - ICE : 000056331000023

Tél.: 05 22 27 86 04 - Fax.: 05 22 27 86 05 / E-mail: audition.maroc@gmail.com / hakimsef@yahoo.fr

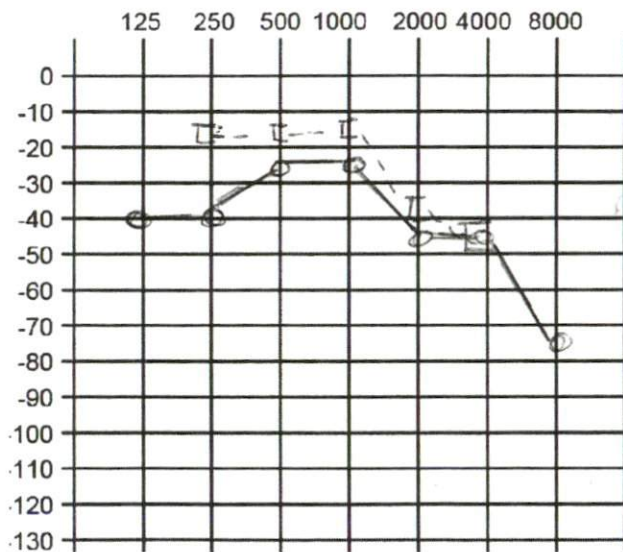
Agadir : 05 28 22 29 21 - Safi : 05 24 62 57 53 - Tetouan : 05 39 72 08 60 - Kénitra : 05 37 36 57 58

Clinique Avicenne  
Dr A.Mhadi

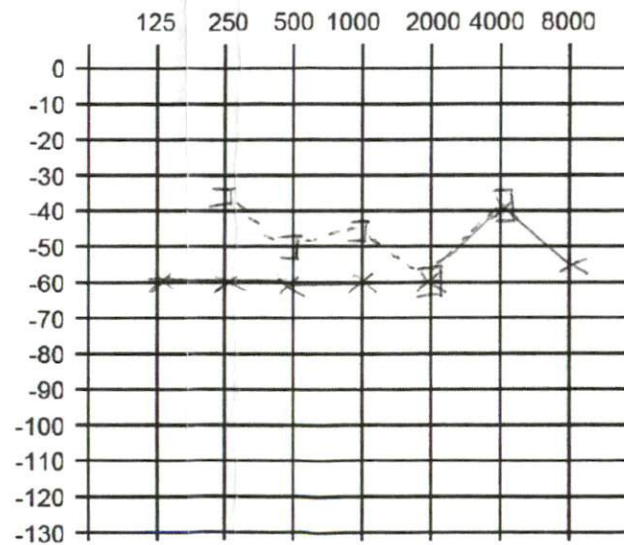
Date: 20/01/20  
Nom: L. A. A. A. A.  
Prénom: A. Z. E. N. N. S.  
Age: .....

# Audiogramme

Oreille droite



Oreille gauche



WEBER

250 hz	500 hz	1000 hz	2000 hz	4000 hz



	O Dte	OG
CA		
CO		