

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèses et Traitement :

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

Reclamation : contact@mupras.com

Service en charge : pec@mupras.com

Rémission 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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03272

Déclaration de Maladie

Nº P19-0040333

19788

PEC
auditif
Optique

Autres

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAHLALI AZZEDDINE

Date de naissance : 12-05-1952

Adresse : 12 Rue MOU AFFAQ-EDDINE Q. HOPITAL
CARA BLANCA - ANFA

Tél. : 06 230 86 397

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 : ayf

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 : CARABLANCA

Le : 04/02/2020

Signature de l'adhérent(e) : D.LH

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

Nº 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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
24/02/2020	Actes	0	0	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Gémissieur	Date	Montant de la Facture
	19-01-2018

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

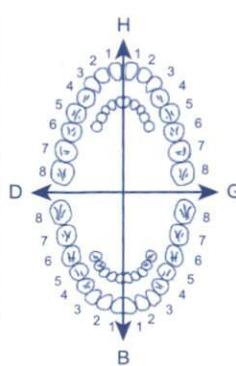
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 50%;">25533412</td><td style="width: 50%;">21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G
25533412	21433552									
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
	<p style="text-align: center;">B</p>									

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT :

Docteur Abdellah 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

للدكتور عبد الله مهدي

خريج كلية الطب بنانسي

أمراض وجراحة الأنف . الأذن . الحضرة . الوجه والعنق

• تشخيص والعلاج الصم . الدوحة . الشحد

اضطرابات الصوت

• الفحص والجراحة بالمنظار داخل الأنف والحلق

• الجراحة المجهورية لأذن

• أشعة التردد

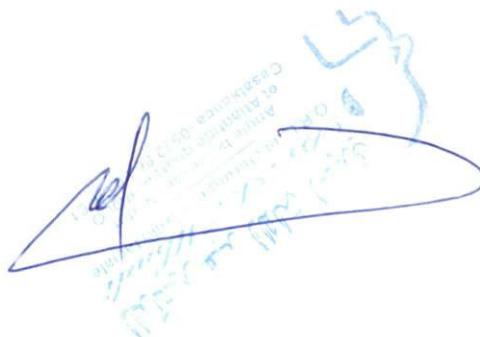
• ذرع القوقعة



Casablanca le

04/02/2020

je soussigné , certifie par le
nom et prénom : M^e CATHEAU Azeddine
nécessite un appareillage
bilateral



زاوية شارع الناظور و شارع أطلن提ك - 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 04.02.2000

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 : n° 11

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.

est

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 aiguë auditive Bilatérale
lui nécessite un appareillage auditive
Bilatérale

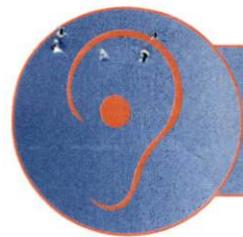


Cachet, date et signature du praticien

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	6 500,00	13 000,00
NETTOYAGE GRATUIT REGLAGE GRATUIT CONTROLES PERIODIQUES GRATUIT			
Total HT (en DH)			
TVA (*)			
TOTAL HT (en DH)			

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 Jounada II 1433 (16 mai 2012)

ATTIJARIWAFA BANK
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:

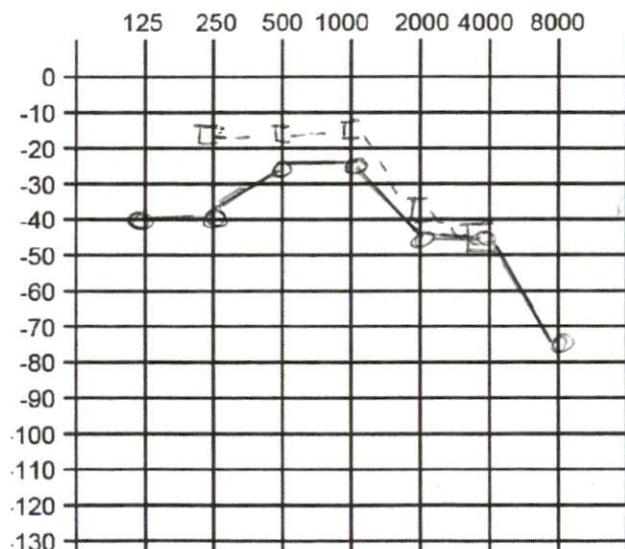
Nom:

Prénom:

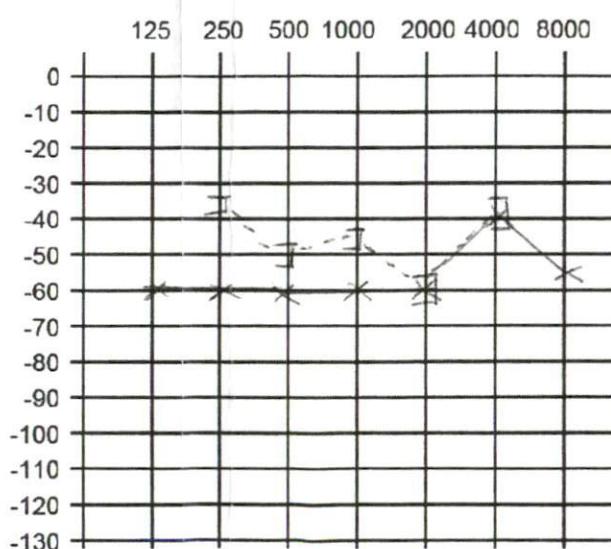
Age:

Audiogramme

Oreille droite



Oreille gauche



WEBER

250 hz	500 hz	1000 hz	2000 hz	4000 hz
c	←	↔	←	↓



CA	O Dte	OG
CO	○	×