

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

- Reclamation : 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'H-
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-011967

170818

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4680 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SKACCI Housseini

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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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

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	
	23.08.2023					7500,00

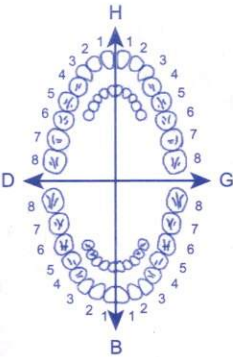
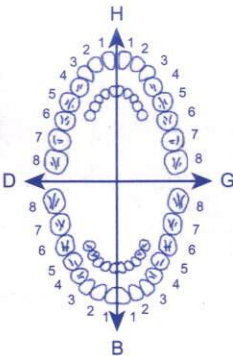
AUDITION NET
 IC: 479077 - IF: 4710554
 ICE: 007646102000014
 mail: auditionnet@gmail.com
 06 42 22 17 09

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	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

Casablanca le : 23/08/2023

facture N° : 48/2023

Nom : **SKALLI HOUSSEINI**
Mohamed

Ordonnance de Mr. le Docteur :

ARTICLE	CODE	MARQUE	REFERENCE	N° DE SERIE	PRIX HT
✓Appareil OD		WIDEX	Moment 220 RIC		7 500,00
✓Appareil OG					
✓Embout ou coque OD					
✓Embout ou coque OG			Embout immediat		
✓Piles					
✓Autres					
TOTAL (HORS T.V.A)					7 500,00

✓ La présente facture est arrêtée à la somme de: **sept mille cinq cent dirhams Hors TVA 20% Exonérée.**

WIDEX

2023-05-12
Widex A/S
Nymoellevvej 6
DK-3540 Lyngby

CE
0123
Made in Denmark

REF: S 411 0100 123
WIDEX MOMENT MBB2
(MBB2-RC ATB6)

FCC ID TTY-UFM IC 5676B-UFM

SN (21)136553
(01)05706069971293

(11)230512



V1

Cachet & signature :

AUDITION NET

RC: 479827 IF: 47259544

ICE: 002646102000014

Email: audition.auditionnet@gmail.com

06 42 22 12 09

N.B. Exonération de TVA portant sur la vente des appareils spécialisés aux handicapés

« Article 91-VI-2 du code général des impôts »

IF N° 47259544 • RC N° 479827 • ICE N° 002646102000014 • Inpe N° 095001426

55, Bd Zerktouni Espace Zerktouni 1er étage Q.H - Casablanca •

☎ **0642 221 209** • audition.auditionnet

Dr. Zakia Soubhi

**Spécialiste en ORL
& Chirurgie Cervico-Faciale**

Lauréate de la Faculté de Médecine de RENNES

- Surdité - Vertige
- Chirurgie du cou et de la thyroïde
- Chirurgie de l'Oreille
- Chirurgie du Nez et Sinus



د. زكية سوبحي

**أخصائية في أمراض و جراحة
الأنف، الأذن و الحنجرة**

خريجة كلية الطب رين

- نقص السمع - الدوخة

- جراحة العنق و الغدة الدرقية

- جراحة الأنف، الأذن و الحنجرة

Casablanca, le : 22/08/2023 : الدار البيضاء، في

Mr SKALLI HOUSSEINI Mohamed 73 ans

AUDIOPROTHESE DROITE

*surdité de perception droite severe patient ayant perdue la
première(audioprothèse   renouveler)*

Dr. Zakia SOUBHI
ORL
INPE 091130740
269 Bd. Ziraoui 1er étage Apt. 33 Casablanca
Tél 05.22.22.38.39 06.67.61.21.10