

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0028874

197433

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 290

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSSA BRAHIM

Date de naissance : 1941

Adresse : ANIBAL DHS 25 Rue 6 N 23 Casab

Tél. : 0663072473 Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Docteur ZIZI MADANI  
Ortho-Rhino - Laryngologue  
Chirurgie de la Face et du Cou  
Bd. Afghanistan N° 105 - Hay Hassani  
Casablanca - Tél: 0522 99 77 01



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : WADI SAADIA MOTASSIM 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)

## 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.

#### **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
21/11/2024	CJ	1	10000	Docteur ZIAUL HADJI Orthopédiste et Chirurgien de La Face et du Cou Afghanistan N° 105 - Hay Hassani Bd. Afghanistan - Tel.: 0522 90 77 01

## 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 Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
AUDIOPHONICS 21/ Bd. Brahim Roudani Résidence El Fath 1er Etage N° 1 Tél.: 0522 98 22 43 - 066 51 18 50	13/02/24	audioméris audiolivres Bilatéral				2 x 8.000 Dhs = 16.000 Dhs

## 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
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction)			Montants des soins
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

789054



Le 4 janvier 2024

AUDIOPHONICS.  
N° 217 RES FATHALLAH BD ROUDANI 1ERE ETAGE  
APPT 1  
CASABLANCA  
MAROC

**Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE**

**Identifiant adhérent :** 0000299\_1941-07-01\_BRAHIM

**N/REF :** 20240040026190

**Adhérent :** MOTASSIM BRAHIM

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de BRAHIM MOTASSIM.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 12800.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 3200.00 MAD

Validité de prise en charge : du 04-01-2024 au 04-04-2024.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.**

 Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à BRAHIM MOTASSIM.

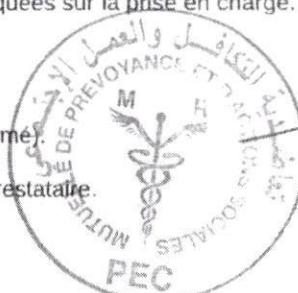
Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations. 

Directeur MUPRAS

**CONDITIONS ET MODALITÉS :**

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
  - ✓ D'une copie de la présente prise en charge.
  - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens.
  - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués.
  - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.



**FACTURÉ PAR**
**AUDIOPHONICS**

ICE : 001718410000067

217, Bvd Brahim Roudani, rés al fath, 1er étage, N°1, Casablanca

RC : 446031 - IF : 20751198 - TP : 27298310 - CNSS : 5389277

**FACTURÉ À**
**MOTASSIM BRAHIM**

DÉSIGNATION	QUANTITÉ	TVA (%)	PRIX UNIT. HT	TOTAL HT
<b>E01-02227</b> Biyonix U SPN (Partie adhérent)	2	0.00	1,600.00	3,200.00
<b>Total HT</b>				<b>3,200.00</b>

**ARRÊTER LA PRÉSENTE FACTURE À LA SOMME DE**

TROIS MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Remarques :

Ticket modérateur: Réglé en espèce



**AUDIOPHONICS**  
 217, Bd Brahim Roudani  
 Résidence El Fath 1<sup>er</sup> Etage N° 1  
 Tel.: 0522 98 22 43 / 0661 51 18 50

**INPE : 065036519**

# FACTURE N° 148/24

DATE DE FACTURATION : 13/02/2024

## FACTURÉ PAR

### AUDIOPHONICS

ICE : 001718410000067  
 217, Bvd Brahim Roudani, rés al fath, 1er étage, N°1, Casablanca  
 RC : 446031 - IF : 20751198 - TP : 27298310 - CNSS : 5389277

## FACTURÉ À

### MOTASSIM BRAHIM

DÉSIGNATION	QUANTITÉ	TVA (%)	PRIX UNIT. HT	TOTAL HT
<b>E01-02227</b> Biyonix U SPn	2	0.00	6,400.00	12,800.00
<b>A-0011</b> PILE 13	1	0.00	0.00	0.00
<b>Total HT</b>				<b>12,800.00</b>

## ARRÊTER LA PRÉSENTE FACTURE À LA SOMME DE

DOUZE MILLE HUIT CENTS DIRHAMS

Remarques :

Service après-vente à vie  
 Entretien et nettoyage à vie  
 Contrôle d'efficacité  
 Garantie 2 ans.

Vente en exonération de la TVA selon code general des impôts « CGI » article 91.VI/ décret du 16 mai 2012 modifié et complété par la loi de finance 2014.



**AUDIOPHONICS**  
 217, Bd, Brahim Roudani  
 Résidence El Fath 1<sup>er</sup> Étage N° 1  
 Tel.: 0522 98 22 43 - 0661 51 18 50

**INPE : 065036519**

RC : 446031 - Patente : 27298310 - IF : 20751198 - CNSS : 5389277 - ICE : 001718410000067

**Casablanca** : 217, Bvd Brahim Roudani, résidence al fath, 1er étage Appt N° 1 : +212 522 98 22 43 - 06 61 51 18 50

**Rabat** : 55, rue Zellaqa Appt N°2, 1<sup>er</sup> étage, Agdal : 05 37 67 52 67 - 06 61 51 18 50

**Salé** : 54, 1er étage avenue Mohamed V, Tabriquet : 05 37 85 61 98 - 06 61 51 18 50

**El Jadida** : Rés Yahya 1, lot el hadika, app N°17, hay el matar : +212 523 80 25 31 - 06 61 51 18 50 Page 1 sur 1

**Marrakech** : Rés Khalid, Appt 13, Av 4ème D.D.D. Targa Guéliz : +212 524 43 79 45 - 06 61 51 18 50

E-mail : audiophonics20@gmail.com / Site : www.audiophonicsmaroc.com