

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0044660

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1053 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : KHADJOU - Khadija
 Date de naissance : 22/02/1948 CABA
 Adresse : 342 Bd Oued oum Rabii ouf
 Tél. : 0662256446 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 7/3/23
 Nom et prénom du malade : Khadija Khadija Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection ORL
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0044660

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 :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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.

MUPRAS : 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

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
7/7/23	Spécialité O.R.L. - Spécialité O.R.L. - Spécialité O.R.L.	1	250,00	Dr. Amine SAIDI Spécialité O.R.L. - Spécialité O.R.L. - Spécialité O.R.L.

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	

VOLET ADHERENT

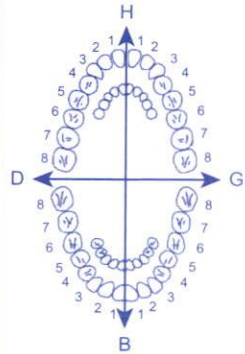
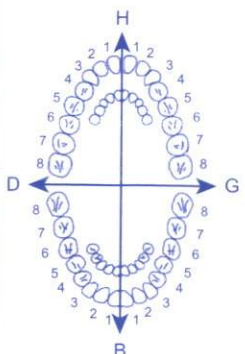
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

Casablanca, le 7/03/23 في الدار البيضاء،

Report Medical

Dr. Amine SAIDI
Spécialiste O.R.L
Chirurgie Cervico Faciale
Lot. Firdaous GH 25 A Appt. 1
30, Bd. Oum Rabii Oulfa - CASA
05 22 90 68 34

Je soussigné
certifie que M^{me} Khadija
Khadija présente une
surdité de perception bilatérale
un déficit estimé à - 60 dB à droite
et - 60 dB à gauche. Elle nécessite
des prothèses auditives.

Dr. Amine SAIDI
Spécialiste O.R.L
Chirurgie Cervico Faciale
Lot. Firdaous GH 25 A Appt. 1
30, Bd. Oum Rabii Oulfa - CASA
05 22 90 68 34

Docteur Amine SAIDI

Spécialiste en ORL
et en Chirurgie Cervico - Faciale
Exploration de L'Audition - Endoscopie

الدكتور أمين سعيدي

اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة
جراحة الوجه و العنق
اختبار السمع - الفحص بالمنظار

Casablanca, le

7/03/2023
Dr. Amine SAIDI
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervico Faciale
Lot. Firdaous GH 25 A Appt.
30, Bd. Oum Rabiï Oulfa - CASA
Tél. : 05 22 90 68 94

Khadiouï Khadija

Prothèses auditives
bilatérales

OBK TECHNOLOGIES-AUDITEC-
60, All. Hassan Secondi, Gauthier
CASABLANCA
05 22 20 38 43/27 33 86 - 05 61 23 45 71
BIAZ NABILA

- Soudure de
Perception bilatérale

Dr. Amine SAIDI
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervico Faciale
Lot. Firdaous GH 25 A Appt. 1
30, Bd. Oum Rabiï Oulfa - CASA
Tél. : 05 22 90 68 94



DEVIS POUR APPAREILLAGE AUDITIF

Devis	
Référence	014PAC2023
Date	07/03/2023
Type d'appareillage	Renouvellement

Bénéficiaire	
M. Mme. Enf	Mme. Khidioui Khadija
CIN	B359088
Organisme	MUPRAS : Mutuelle de Prévoyance et d'Action Sociales de Roval Air Maroc

Suite à votre demande de prix, nous vous prions de bien vouloir trouver ci-après notre meilleure offre de prix

Appareil(s) électronique(s) auditif(s)		Prix HT	Prix TTC
Appareil Droit	OPNS 3 *48 canaux *Open Sound Navigator : traitement 360° du son *Connectivité 2.4 GHz : diffusion en direct et stéréo du son	15000	15000
Appareil Gauche	OPNS 3 *48 canaux *Open Sound Navigator : traitement 360° du son *Connectivité 2.4 GHz : diffusion en direct et stéréo du son	15000	15000
Garantie et éléments sur mesure	*Garantie 2ans valable dans tous les centres Auditec *Embout, micro embout ou coque si nécessaire	Inclus	Inclus
Remise			
Sous total		30000	30000

Prestations liées à l'appareil		Prix HT	Prix TTC
Prestations	Analyse du besoin choix de la solution et adaptation	Inclus	Inclus
	Contrôle d'efficacité	Inclus	Inclus
	Suivi et nettoyage illimité	Inclus	Inclus

Total	Prix HT	Prix TTC
	30000	30000

Arrêté le présent devis à la somme de **Trente-mille Dirhams**
Ce devis est valable jusqu'au : **vendredi 7 avril 2023**

*Vente exonérée en application d'article 91 de CGI

Signature du Client

Signature de l'Audioprothésiste

OBK TECHNOLOGIES « Auditec »
60, AV Hassan Souktani, Gauthier
CASABLANCA
Tél : 05 22 20 38 43-27 33 86
GSM : 06 61 23 26 71
MANAL RIAD

Les Centres Auditec

Casablanca maârif
Casablanca aïn chok
Rabat l'océan
Rabat agdal
El jadida
Tanger
Marrakech
Agadir
Oujda
Nador
Khouribga
Laâyoune

OBK Technologies Groupe

Siège 60, Av. Hassan Souktani - Casablanca • Tél.: 05 22 20 38 43 / 27 33 86 • GSM : 06 61 23 26 71
Compte Bancaire : BMCE : Centre d'affaires Maarif 011.780.00.00.65.210.00.09327.94
Attijariwafa Bank : Centre d'affaire Porte d'Anfa 007.780.00.04.09.500.00.02632.16
R.C. : 131401 • I.F. : 03316451 • Patente : 35545398 • CNSS : 6805876 • I.C.E. : 000042832000067

PRÉNOM : Khadiou

NOM : Khadijo

DATE : 7/03/2023

NOM DU MARI :

ADRESSE :

VILLE :

CODE POSTAL :

TÉL. RÉS.:

TÉL. BUR.:

