

الدكتورة نادية سعدي

Dr. Nadia SAADI

Chirurgien Dentiste



N° : 01118

112751

Casablanca le, 08/12/2022

Dr. SAADI Nadia

ICE : 001928126000013

A L'attention de

Nupras

Honoraires

Je soussignée Dr Nadia Saadi a executé a Mr

pour un montant de Trois mille sept cent

vingt dhs (3720,00 Dhs)

52, Rue Socrate 1er Etage Appt. N° 1
Maarif Extension - Casablanca
Tél.: 05 22 25 32 78
Chirurgien Dentiste
DOCTEUR NADIA SAADI

Agence socrate - Attijariwafabank

Rib:007 780 000000 1284 000

Patente: 408 063 88 - CNSS:667513

52, Rue Socrate Quartier Maârif Extension 3^{ème} Etage Appt. 7

Casablanca - Tél.: 05 22 25 32 78

Le 22 avril 2022

DR. SAADI NADIA
52, RUE SOCRATE Q. MAARIF EXTENSION 3EME ETGE APPT 7
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 0001320_1952-08-23_DALILA
N/REF : 20221120015155
Adhérent : MOSBAH DALILA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de DALILA MOSBAH.

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 : 3720.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 80.00 MAD

Validité de prise en charge : du 22-04-2022 au 22-07-2022.

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 DALILA MOSBAH.

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.

N° Dossier: 112751
N° Dossier externe: PEC-01320-21/04/2022
Type de dossier: DENTAIRE
Bénéficiaire: MOSBAH DALILA
Situation: Notifié
Sous-situation: ---
Date de début: 21-04-2022
Date de fin: 21-04-2022
Date de saisie: 21-04-2022
Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
22-04-2022	Manuel	ACC D32 +D180 BIO+OBT 13 +DET +CCM 13 S/R RX APRES DR NADIA SAADI



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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

N° W21-705995

PEC

par courrier

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1380 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOSBAH Dalila

Date de naissance : 1952

Adresse : Habituelle

Tél. : 063044425 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur NADIA SAADI
Chirurgien Dentiste
52 Rue Socrate 1er Etage
Madrif Extension - Casablanca
Tél. : 05 22 25 22 78

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Mosbah Dalila Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins + Prothèse Dentaire

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 : 15/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-705995

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 :

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
				INP : <input type="text"/>

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 Particien	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 :

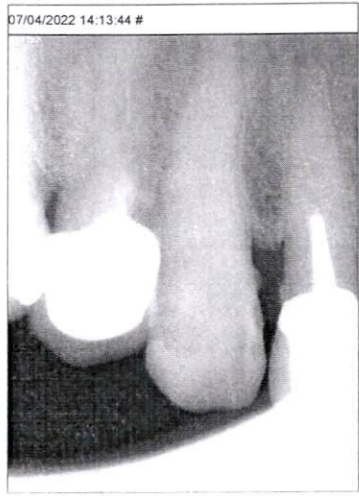
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
	13	1A	D ₂₈	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> $D_{28} + 2 \times D_{12}$ MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 1000,00 DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> 07/04/22 FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	13	Rx Avant	Z ₁₀															
	13	Rx Après	Z ₁₀															
		Détail Age	D ₁₂															
Docteur NADIA SAADI Chirurgien Dentiste Appt. N° 1 52, Rue Socrate 1 ^{er} Etage Maarif Extension - Casablanca Tél.: 05 22 25 32 78																		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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>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"/> D ₁₈₀ MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 3000,00 DATE DU DEVIS <input type="text"/> 07/04/22 DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> 08/12/22
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
Colonne sur la 13																		
Docteur NADIA SAADI Chirurgien Dentiste Appt. N° 1 52, Rue Socrate 1 ^{er} Etage Maarif Extension - Casablanca Tél.: 05 22 25 32 78																		

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ra Avant



Docteur NADIA SAADI
Chirurgien Dentiste
52, Rue Socrate 1^{er} Etage Appt. N° 1
Madrif Extension - Casablanca
Tel.: 05 22 25 32 78

08/12/2022 - 13 - Lin.



Ra Après
13

~~Dr. NADIA SAADI
Chirurgien Dentiste
52 Rue Soufiane 1er étage Apt. 117
Maarif Extension - Casablanca
Tél. 05 22 25 32 78~~