

الدكتورة نادية سعدي

Dr. Nadia SAADI  
Chirurgien Dentiste



N° : 01119

12503

Casablanca le, 15/12/2022

Dr. SAADI Nadia  
ICE : 001928126000013

A L'attention de ..... Nupius .....

Honoraires

Je soussignée Dr Nadia Saadi a executé a Mr .....

Chfli p. Abdallah .....

pour un montant de 1150. mille deux cent .....

soixante dix dh (1150.000 Dhs.)

Dr. Nadia SAADI  
Chirurgien Dentiste  
52, Rue Socrate 1er Etage App. N° 1  
Maârif Extention Casablanca  
Tél: 05 22 25 32 78

Agence socrate - Attijariwafabank

Rib: 007 780 000000 1284 000

Patente: 408 063 88 - CNSS: 667513

52, Rue Socrate Quartier Maârif Extention 3<sup>eme</sup> Etage Appt. 7  
Casablanca Tél: 05 22 25 32 78

28 DEC 2022





Le 11 août 2022

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

**Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE**

**Identifiant adhérent : 0000849\_1950-10-01\_ABDALLAH**

**N/REF : 20222230016850**

**Adhérent : CHELLIQ ABDALLAH**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ABDALLAH CHELLIQ.

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 : 20270.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 90.00 MAD

Validité de prise en charge : du 11-08-2022 au 11-11-2022.

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 ABDALLAH CHELLIQ.

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.

*A refaire*

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 849

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Chelli Q. ABDACCIAH

Date de naissance :

01.10.1950

Adresse :

Rue NADIR Agt 13 EL MUIAM

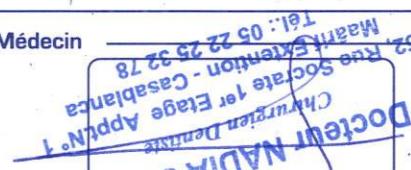
Tél. : 06 61338881

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

04/08/2022

Nom et prénom du malade :

Chelli Q. Abdallah

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Prothèse + Soins Dentaires

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 : 04 AOUT 2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

Nº M21-46436

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 : 849

Nom de l'adhérent(e) : Chelli Q.

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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.

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

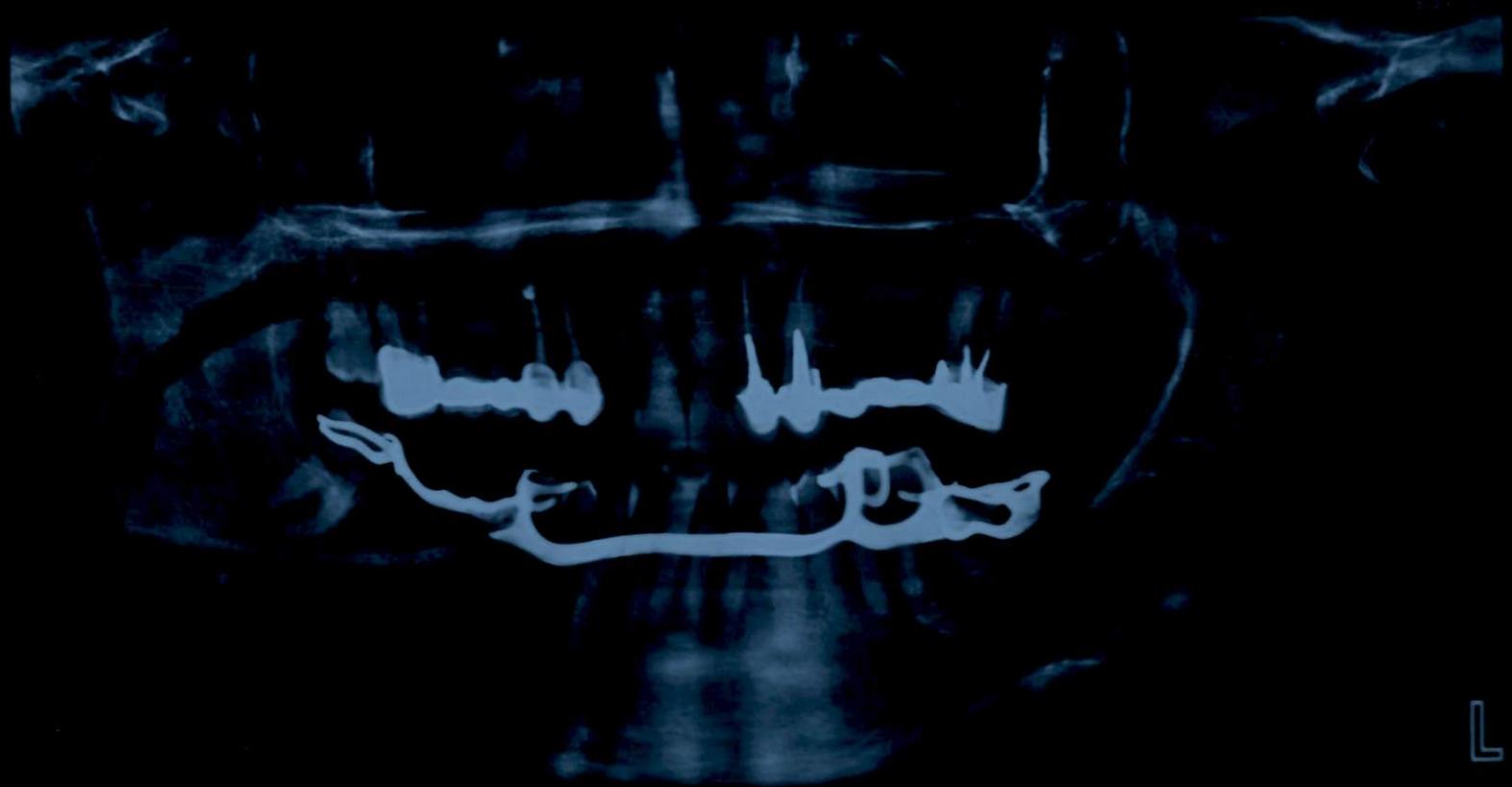
#### Important :

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
	13	ret/taisez	D 28
	14	ret/taisez	D 28
	15	Dentofuge	D 28
	16		2
	17		2
	18		2
	19		2
	20		2
	21		2
	22		2
	23		2
	24		2
	25		2
	26		2
	27		2
	28		2
	29		2
	30		2
	31		2
	32		2
	33		2
	34		2
	35		2
	36		2
	37		2
	38		2
	39		2
	40		2
	41		2
	42		2
	43		2
	44		2
	45		2
	46		2
	47		2
	48		2
	49		2
	50		2
	51		2
	52		2
	53		2
	54		2
	55		2
	56		2
	57		2
	58		2
	59		2
	60		2
	61		2
	62		2
	63		2
	64		2
	65		2
	66		2
	67		2
	68		2
	69		2
	70		2
	71		2
	72		2
	73		2
	74		2
	75		2
	76		2
	77		2
	78		2
	79		2
	80		2
	81		2
	82		2
	83		2
	84		2
	85		2
	86		2
	87		2
	88		2
	89		2
	90		2
	91		2
	92		2
	93		2
	94		2
	95		2
	96		2
	97		2
	98		2
	99		2
	100		2
	101		2
	102		2
	103		2
	104		2
	105		2
	106		2
	107		2
	108		2
	109		2
	110		2
	111		2
	112		2
	113		2
	114		2
	115		2
	116		2
	117		2
	118		2
	119		2
	120		2
	121		2
	122		2
	123		2
	124		2
	125		2
	126		2
	127		2
	128		2
	129		2
	130		2
	131		2
	132		2
	133		2
	134		2
	135		2
	136		2
	137		2
	138		2
	139		2
	140		2
	141		2
	142		2
	143		2
	144		2
	145		2
	146		2
	147		2
	148		2
	149		2
	150		2
	151		2
	152		2
	153		2
	154		2
	155		2
	156		2
	157		2
	158		2
	159		2
	160		2
	161		2
	162		2
	163		2
	164		2
	165		2
	166		2
	167		2
	168		2
	169		2
	170		2
	171		2
	172		2
	173		2
	174		2
	175		2
	176		2
	177		2
	178		2
	179		2
	180		2
	181		2
	182		2
	183		2
	184		2
	185		2
	186		2
	187		2
	188		2
	189		2
	190		2
	191		2
	192		2
	193		2
	194		2
	195		2
	196		2
	197		2
	198		2
	199		2
	200		2
	201		2
	202		2
	203		2
	204		2
	205		2
	206		2
	207		2
	208		2
	209		2
	210		2
	211		2
	212		2
	213		2
	214		2
	215		2
	216		2
	217		2
	218		2
	219		2
	220		2
	221		2
	222		2
	223		2
	224		2
	225		2
	226		2
	227		2
	228		2
	229		2
	230		2
	231		2
	232		2
	233		2
	234		2
	235		2
	236		2
	237		2
	238		2
	239		2
	240		2
	241		2
	242		2
	243		2
	244		2
	245		2
	246		2
	247		2
	248		2
	249		2
	250		2
	251		2
	252		2
	253		2
	254		2
	255		2
	256		2
	257		2
	258		2
	259		2
	260		2
	261		2
	262		2
	263		2
	264		2
	265		2
	266		2
	267		2
	268		2
	269		2
	270		2
	271		2
	272		2
	273		2
	274		2
	275		2
	276		2
	277		2
	278		2
	279		2
	280		2
	281		2
	282		2
	283		2
	284		2
	285		2
	286		2
	287		2
	288		2
	289		2
	290		2
	291		2
	292		2
	293		2
	294		2
	295		2
	296		2
	297		2
	298		2
	299		2
	300		2
	301		2
	302		2
	303		2
	304		2
	305		2
	306		2
	307		2
	308		2
	309		2
	310		2
	311		2
	312		2
	313		2
	314		2
	315		2
	316		2
	317		2
	318		2
	319		2
	320		2
	321		2
	322		2
	323		2
	324		2
	325		2
	326		2
	327		2
	328		2

CHELLIO ABDALLAH 21-01-19  
ID 88346

RADIOLOGIE HASSAN II



151222660KV80mA15851000mGy1mm