

الدكتورة نادية سعدي

Dr. Nadia SAADI

Chirurgien Dentiste



N° : 01119

125013

Casablanca le, 15/12/2022

Dr. SAADI Nadia

ICE : 001928126000013

A L'attention de N. p. s.

Honoraires

Je soussignée Dr Nadia Saadi a executé a Mr

Chellip Abdallah

pour un montant de vingt mille deux cent

soixante dix dhs (20290,00 Dhs)

52, Rue Socrate 1er Etage Appt. N° 1
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 Maarif Extension 3^{eme} Etage Appt. 7

Casablanca Tél.: 05 22 25 32 78



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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 046436

PEC

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 849 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHELLI A. ABDALLAH

Date de naissance : 01.10.1950

Adresse : Rgs NADIR Apt 13 EL DIAN 12513

Tél. : 0661338881 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/08/2022

Nom et prénom du malade : Mr Chelli p 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 A.

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

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

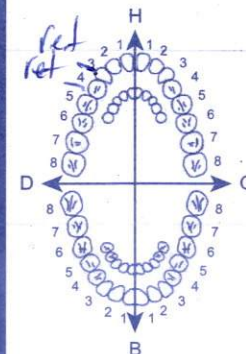
Important :

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

13 traitée D₂₈
14 traitée D₂₈
Détartrage D₂



52, Rue Socrate 1er étage App.N°1
Mastiff Extension - Casablanca
Tél.: 05 22 25 32 78
Dr. NADIA SAADI
Chirurgien Dentiste

COEFFICIENT DES TRAVAUX 2D₂₈ + D₂

MONTANTS DES SOINS 12000

DEBUT D'EXECUTION 04/08/22

FIN D'EXECUTION 15/12/22

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Bridge CCN sur la
13 14 15 16 et 17
+ 2 fibres sur la
13 et 14 + AP 8-16
rem 34 16 et 17

COEFFICIENT DES TRAVAUX 2D₂₈ + 5D₁₈ + D₂₈

MONTANTS DES SOINS 20000

DATE DU DEVIS 04/08/22

DATE DE L'EXECUTION 15/12/22

VOLET ADHERENT

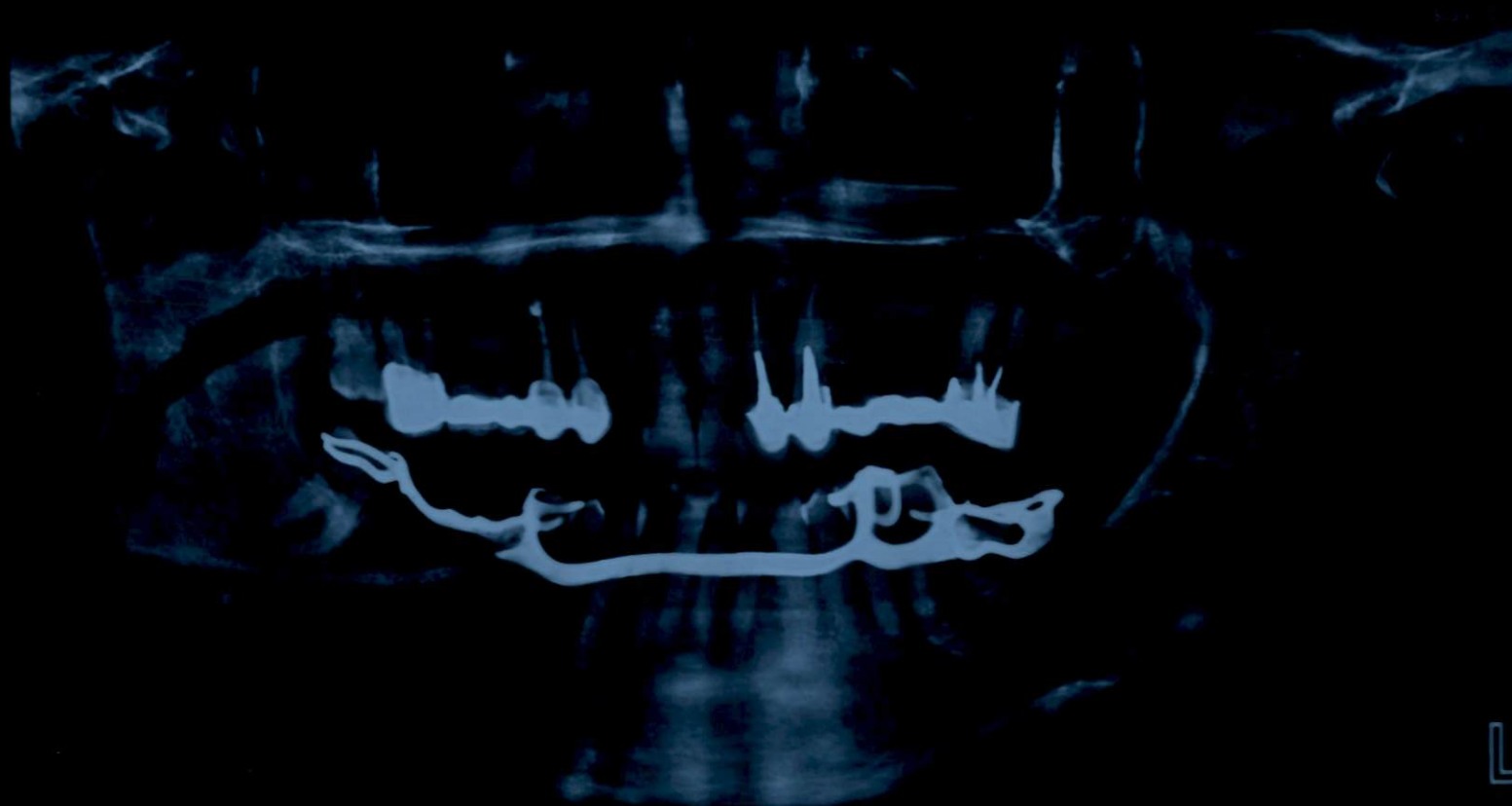
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE PAIEMENT

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CHELLIC ABDALLAH
ID 80046

RADIOLOGIE HASSAN II



15 12 22 66 0kV 8.0mA 15.8s 1.00 mm Gy x mm