

الدكتورة نادية سادي

Dr. Nadia SAADI

Chirurgien Dentiste



N°:1082

165382

Casablanca le

26/09/2023

Dr. SAADI Nadia

ICE : 001928126000013

A L'attention de

Dupuis

Honoraires

Je soussignée Dr Nadia Saadi a exécuté a Mme

Rahma Essadys Ep lafrindi

pour un montant de vingt deux mille cinquante

dhs. (22050,00 Mds)

D^octeur NADIA SAADI

Chirurgien Dentiste

52, Rue Socrate 1^{er} Etage Appt.N° 1

Maârif Extension - 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 Extension 3^{ème} Etage Appt.7

Casablanca - Tél.: 05 22 25 32 78

Le 12 juillet 2023

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

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 0001178_1948-08-01_MOHAMED
N/REF : 20231930022872
Adhérent : LAFRINDI MOHAMED

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ESSEDIYA RAMOUN.

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 : 22050.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 2450.00 MAD

Validité de prise en charge : du 12-07-2023 au 12-10-2023.

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 ESSEDIYA RAMOUN.

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.

△ Pleinford Attent.

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

- 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



Déclaration de Maladie **PEC**
M22- 0009291

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1178 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL FERINDI Mohamed
Date de naissance : 01-08-1948
Adresse : EL ISADJA
Tél. 0661463932 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 15/06/2023
Nom et prénom du malade : Dr. Ramon Essedjica Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Soins - Prothèse Dentaire
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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0009291

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 :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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	

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 : 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																	
	33	107	D ₂₈	COEFFICIENT DES TRAVAUX 4100 MONTANTS DES SOINS 10000 DEBUT D'EXECUTION 18/6/23 FIN D'EXECUTION 26/9/23																
	35	107	D ₂₈																	
	43	107	D ₂₈																	
	44	107	D ₂₈																	
	Denture D ₁₂																			
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 colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
G																				
B																				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
Bridge complet 35 33 32 31 41 42 42 et 43																				
DATE DU DEVIS 18/6/23 DATE DE L'EXECUTION 26/9/23																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

VISION PACS

RADIOLOGIE CASABLANCA

LAFFROND SAADIA

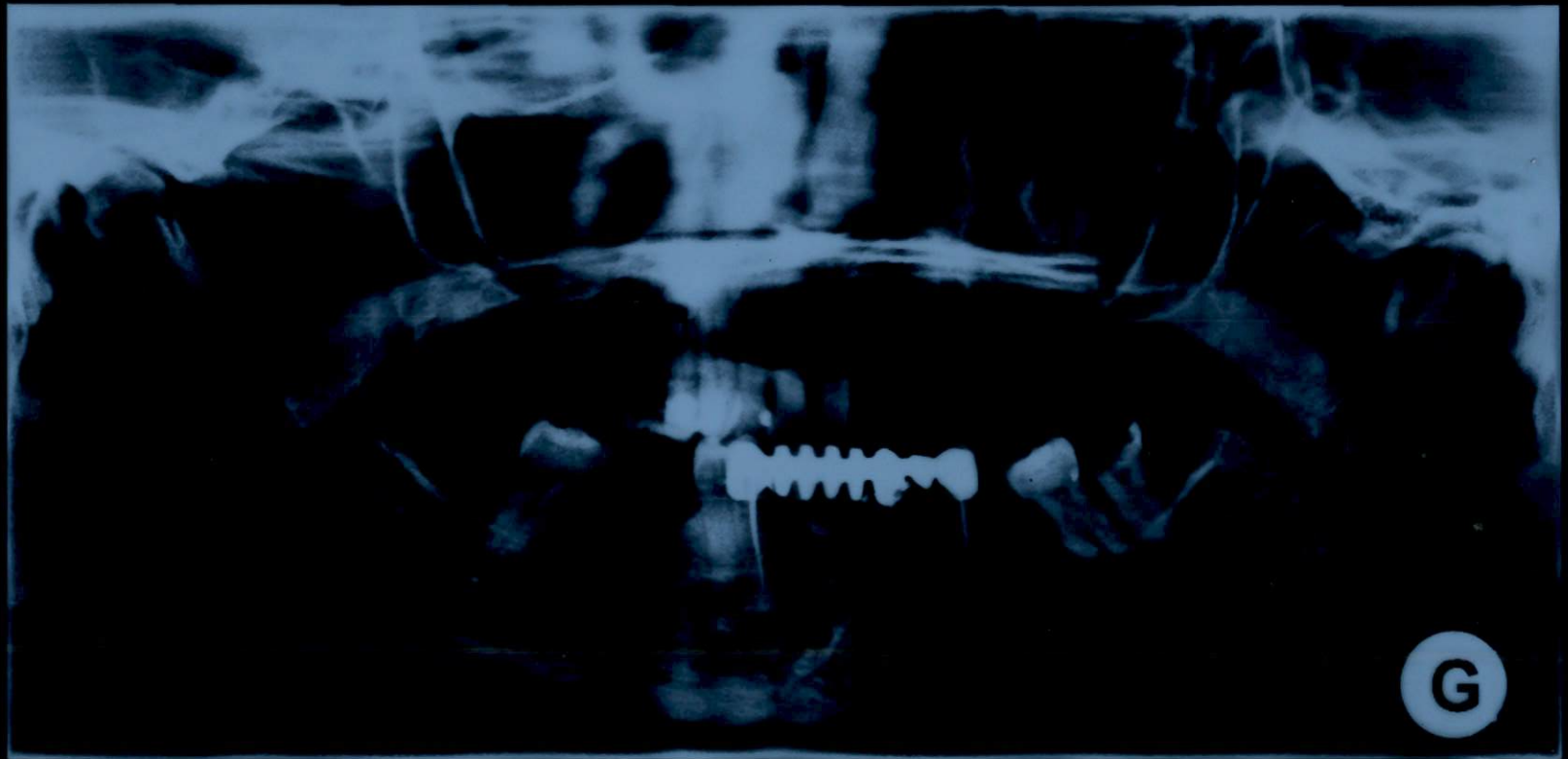
F

26/09/2023

15:19m03

im 1001+0 S 1001

Exam



BRAS/COUDE

RADIOLOGIE CASABLANCA

LAFFROND SAADIA

WW 2022

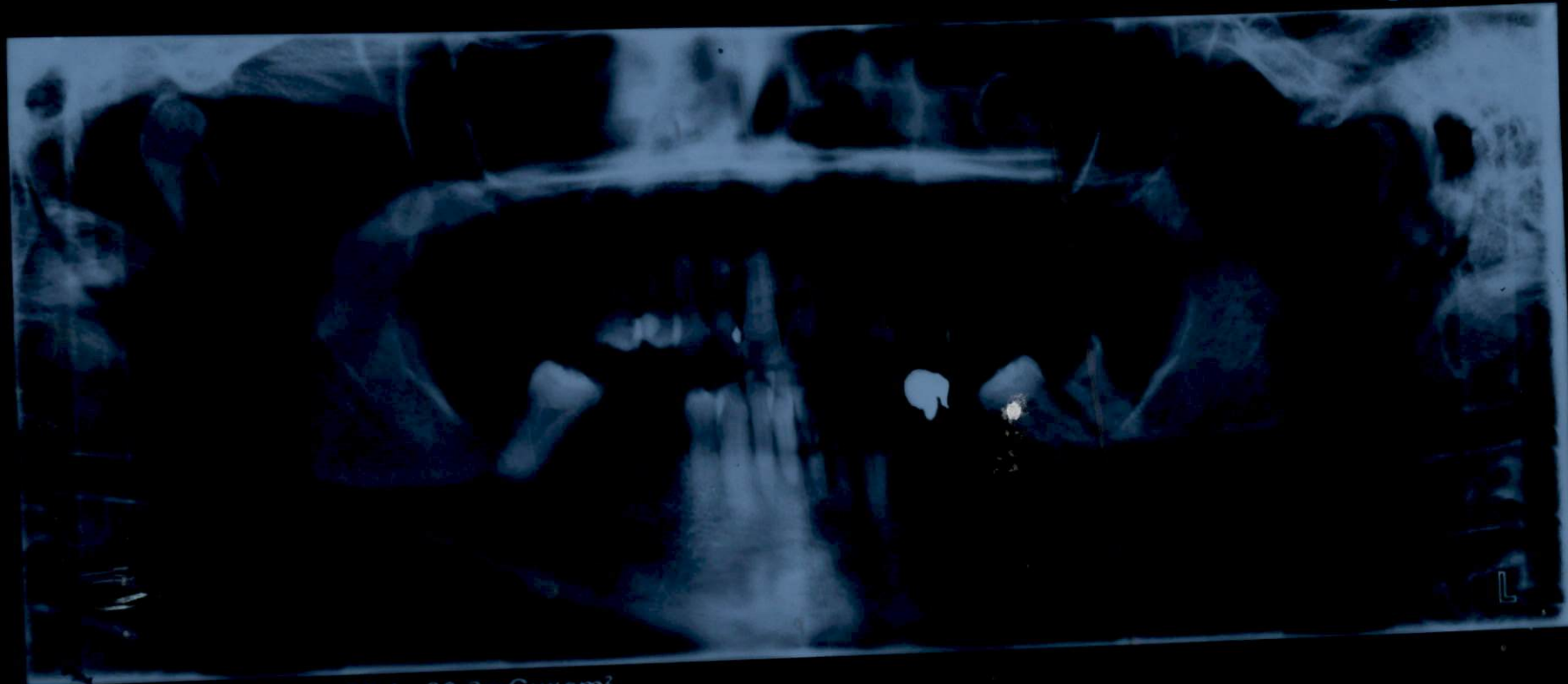
MC 511

Exam 26/09/2023

RAMON K SEDDIYA
DENTIST

CENTRE RADIOLOGIE DENTAIRE PR BAITE

Scale: 100%



14/06/23 68,0kV 8,0mA 22,1s 86,2mGy×cm²