

الدكتورة نادية سعدي

Dr. Nadia SAADI  
Chirurgien Dentiste



N°:1082

165382

Casablanca le, 26/09/2023

Dr. SAADI Nadia  
ICE : 001928126000013

A L'attention de Nupius

Honoraires

Je soussignée Dr Nadia Saadi a executé a Mme

Ramona Essadhy Ep Lafondi

pour un montant de vingt deux mille cinq cent  
dhs (22050,00 Dhs)

Docteur NADIA SAADI

Chirurgien Dentiste

52, Rue Socrate 1<sup>er</sup> Etage Appt.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>ème</sup> 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

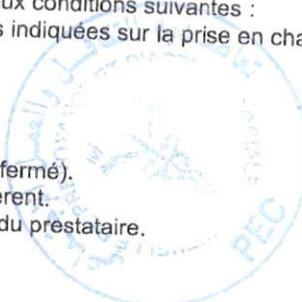


**CONDITIONS ET MODALITÉS :**

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.





# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *1178*

Société : *PA-18*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *ASTRIADI Mokadem*

Date de naissance : *01-08-1918*

Adresse : *El Jadida*

Tél. : *0661463932*

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *15/06/2013*

Nom et prénom du malade : *Abderrahman Essadig* Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *points + 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 : .....

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

## VOLET ADHERENT

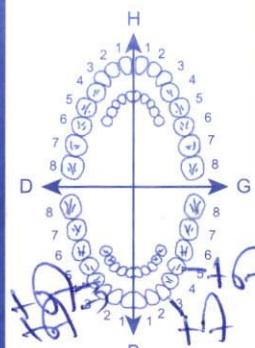
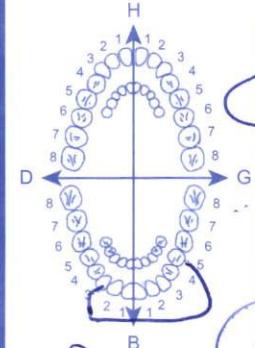
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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                      |
|---|---|--|----------------------------------|
|    | 33<br>35<br>43<br>44                      | D<br>D<br>D<br>D   | 10<br>10<br>10<br>10             |
|   |   | Dentifrices  | 12                               |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |  |                                  |
|  | H<br>D<br>35533411                        | 25533412<br>00000000<br>35533411   | 21433552<br>00000000<br>11433553 |
|   |   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                                  |
|  | B   | Bridge et CCC 800<br>D 35.81.33.32.81<br>41.42.42 et 43                                  |                                  |
|   |   | Bridges  |                                  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  |   |  |                                  |
| Docteur [Signature] Dentiste [Signature]  |   |  |                                  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION                                     |   |  |                                  |
| Docteur [Signature] Dentiste [Signature]  |   |  |                                  |

COEFFICIENT DES TRAVAUX *400*

MONTANTS DES SOINS *1000*

DEBUT D'EXECUTION *16/06/23*

FIN D'EXECUTION *26/09/23*

COEFFICIENT DES TRAVAUX *90*

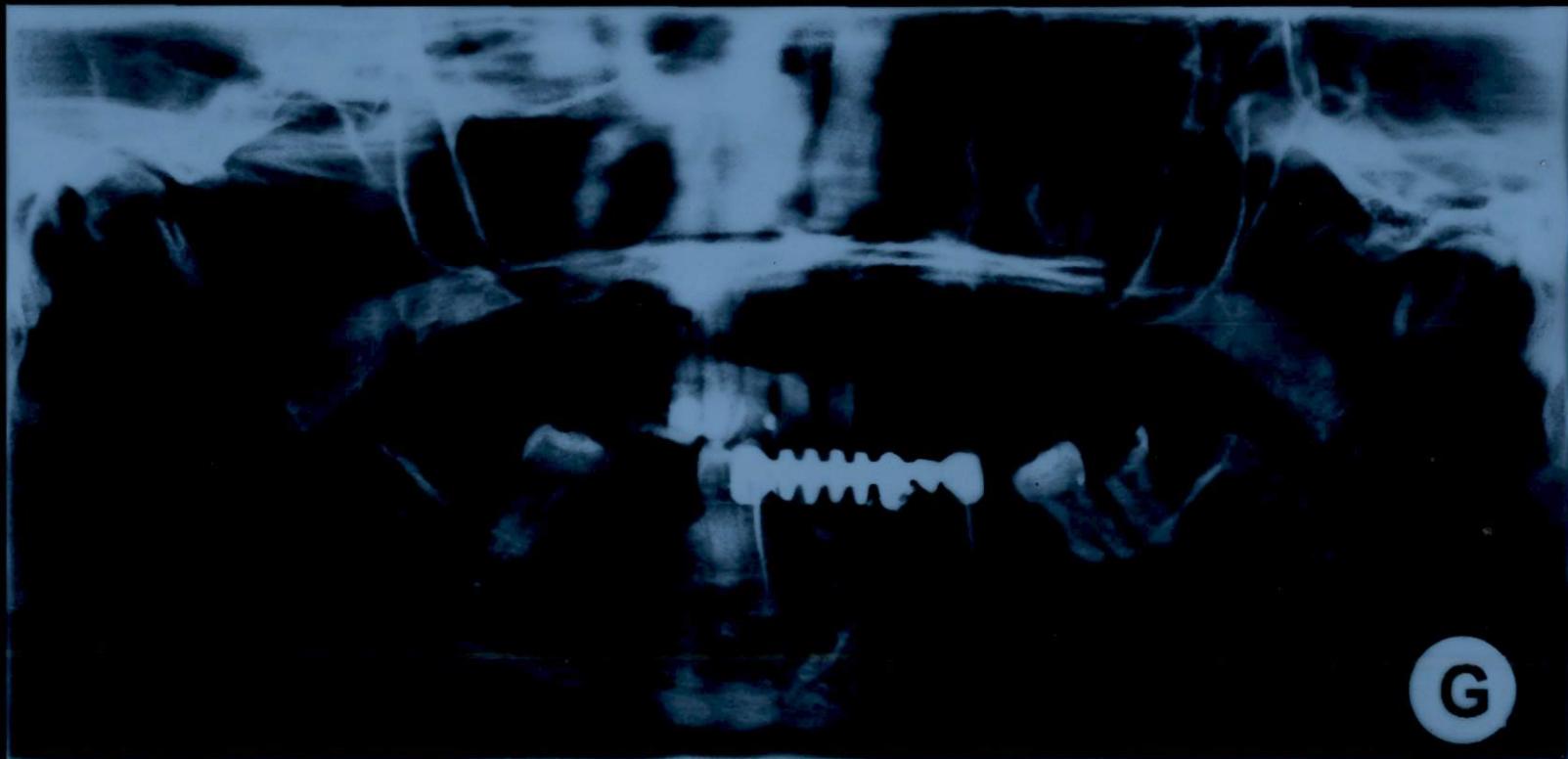
MONTANTS DES SOINS *27000*

DATE DU DEVIS *16/06/23*

DATE DE L'EXECUTION *26/09/23*

m 1001+C S 1001

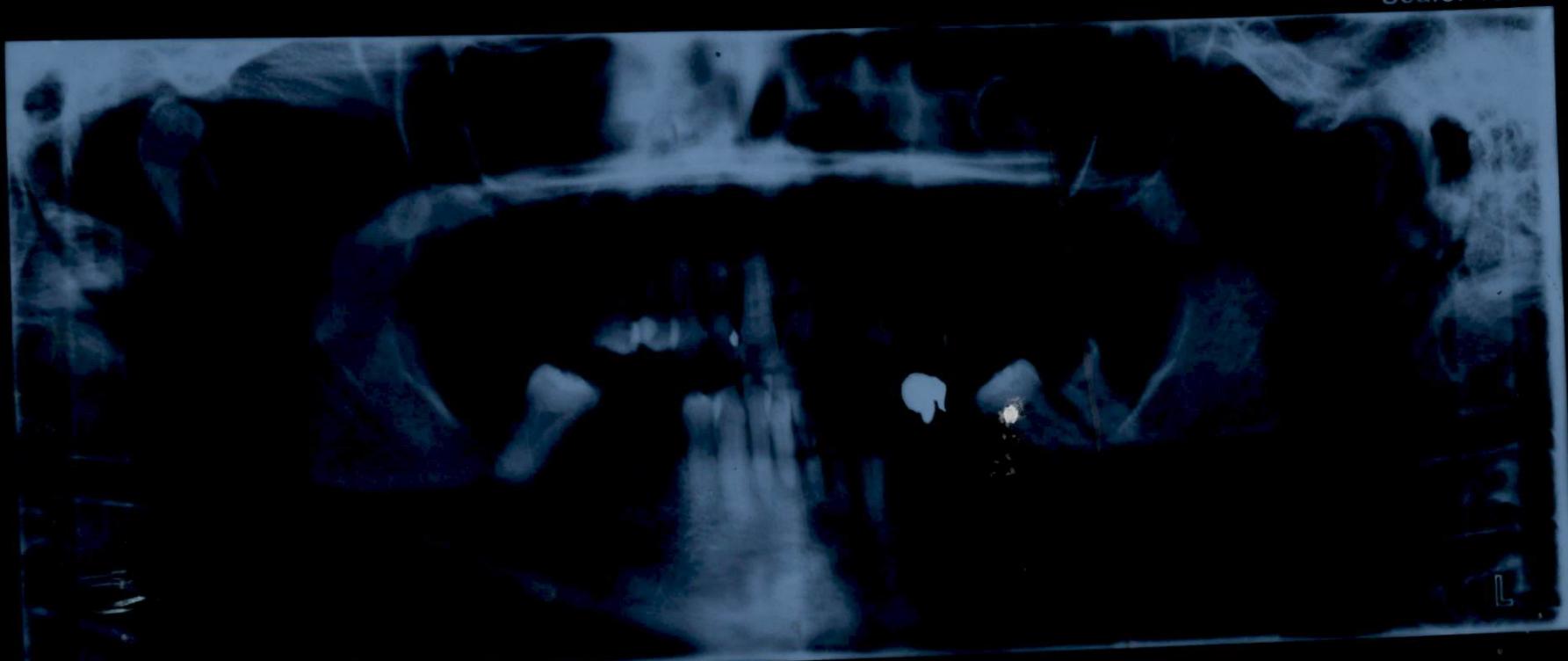
Exam:



RAMONNE SEDIYA  
DR. HERY RHDYR

CENTRE RADILOGIE DENTAIRE PR BAITE

Scale: 100%



14/06/23 68,0kV 8,0mA 22,1s 86,2mGy $\times$ cm<sup>2</sup>