

Le 8 novembre 2022

135432

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

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 0001216_1946-07-01_MOHAMMED
N/REF : 20223120018379
Adhérent : SARHOURT MOHAMMED

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de RABHA EL FARD.

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 : 4181.40 MAD
- Restant à charge adhérent : 464.60 MAD

Validité de prise en charge : du 08-11-2022 au 08-02-2023.

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 RABHA EL FARD.

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.

الدكتورة نادية سعي

Dr. Nadia SAADI

Chirurgien Dentiste



N°:1081

Casablanca le,

25/07/2023

Dr. SAADI Nadia
ICE : 001928126000013

A L'attention de M. Fard Rabba

Honoraires

Je soussignée Dr Nadia Saadi a executé a M^{me}

M. Fard Rabba

pour un montant de quatre mille cent quatre

vingt un dhs et quarante cts

Docteur 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

N° Dossier: 135432 
N° Dossier externe: PEC-01216-01-11-2022
Type de dossier: DENTAIRE 
Bénéficiaire: EL FARD RABHA
Situation: Notifié 
Sous-situation: --- 
Date de début: 01-11-2022 
Date de fin: 
Date de saisie: 01-11-2022
Événement: 

Commentaires pour l'édition



Ajouter

Commentaires ajoutés

| Date | Commentaire |
|------------|--|
| 08-11-2022 | 08-11-2022 Manuel ACC D22 +D 355 EXT 44 +DET ET STEL SUP 5 DENTS 16 23 24 25 26 ET STE 44 45 46 47 33 34 35 36 S/R RX APRES DR NADIA SAADI |

INF 8 DENTS

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DECLARATION DE MALADIE

N° P19- 051643

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1216

Société : SAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SARAH EL MOHAMMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 22 22 26 01

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/09/2022

Nom et prénom du malade : EL FAYD BABAK

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : EL FAYD BABAK Prothèse Soins

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 N° P19-051643

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | 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.

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 |
|----------------|------------------|-------------|
|----------------|------------------|-------------|

44 ext D₁₀
Deta Age D₁₂

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D₁₀ + D₁₂

MONTANTS DES SOINS

6000

DEBUT D'EXECUTION

21/09/12

FIN D'EXECUTION

25/04/13

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

2D₂₆₀

MONTANTS DES SOINS

6000,00

DATE DU DEVIS

21/09/12

DATE DE L'EXECUTION

25/04/13

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VisionPACS 2009

Exam
Serie 1001
Image 1001+C

RADIOLOGIE SOCRATE
EL FARD HABHA

28/07/2009
10:42:47

DT

PANORAMIQUE
RADIOLOGIE SOCRATE

EL FARD HABHA

Exam: 28.07.2009

VisionPACS 2003

RADIOLOGIE SOCRATE
EL FARD HABHA

Exam
Serie 1001
Image 1001+C

23/07/2023
10h42:47

PANORAMIQUE

WW 145
WC 75

