

166911

ACC 077 + D1080

SIR Rx après

Casa Amba



166911

Le 5 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 : 0001320\_1952-08-23\_DALILA**  
**N/REF : 20231860022738**  
**Adhérent : MOSBAH DALILA**



Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de DALILA MOSBAH.

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 : 17278.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 1919.78 MAD

Validité de prise en charge : du 05-07-2023 au 05-10-2023.

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 DALILA MOSBAH.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

**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.



OK  
635

الدكتورة نادية سادي

Dr. Nadia SAADI

Chirurgien Dentiste



N°:1074

Dr. SAADI Nadia  
ICE : 001920128000013

Casablanca le

22/08/2023

A L'attention de

Mufas

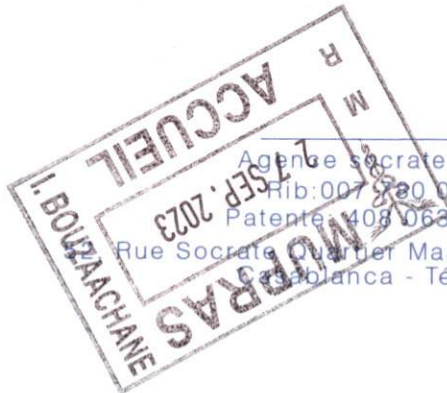
Honoraires

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

M<sup>me</sup> Dalila Moshah

pour un montant de

Dix sept mille deux cent soixante dix huit dirhams



Docteur NADIA SAADI

Agence Socrate - Attijariwafabank  
Rib: 007 820 000000 1264 000  
Patente: 408 063 88 - CNSS: 667513  
Rue Socrate - Quartier Maârif Extension 3<sup>ème</sup> Etage Appt.7  
Casablanca - Tél.: 05 22 25 32 78



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



Déclaration de Maladie

M23-011322

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1320 Société : peec 166911

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MOSBAH Dalila

Date de naissance : 23/08/1952

Adresse : 245 rue med la dar Baazga

Tél. : 0630474425 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/06/2023

Nom et prénom du malade : MOSBAH Dalila Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins + Prothese 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 : 12/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-0011322

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 :

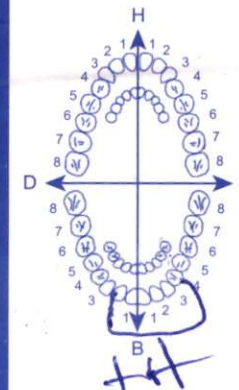
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



34 +A D<sub>28</sub>

33 +A D<sub>28</sub>

32 +A D<sub>28</sub>

31 +A D<sub>28</sub>

41 +A D<sub>28</sub>

42 +A D<sub>28</sub>

COEFFICIENT DES TRAVAUX

GD<sub>28</sub> + D<sub>12</sub>

MONTANTS DES SOINS

28000

DEBUT D'EXECUTION

12/06/23

FIN D'EXECUTION

18/08/23

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 G 00000000

35533411 11433553

B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

GD<sub>200</sub>

MONTANTS DES SOINS

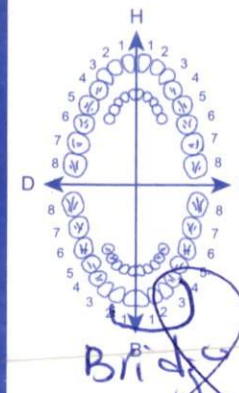
20000

DATE DU DEVIS

12/06/23

DATE DE L'EXECUTION

18/08/23



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Bridge girone

34-33-32-31-41 et 42

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Vis of FACE

RADIOLOGIE EL DUELA  
MOSEAH DAULA 06/06/2023 14:33m 3



D

RADIOLOGIE EL DUELA

MOSEAH DAULA

Exam:06.06.2023

Vis onFACE

RADIOLOGIE ELO - FA  
MOSEBAH DA LA 08/09/2023 11:25:15



D

RADIOLOGIE ELO - FA  
MOSEBAH DA LA 08/09/2023 11:25:15