

الدكتورة نادية سعي

Dr. Nadia SAADI

Chirurgien Dentiste



172068

N°:1008

Casablanca le, 22.11.2023

Dr. SAADI Nadia

ICE : 001928126000013

A L'attention de .....

Honoraires

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

El Amrani Jourey Abdelilah

pour un montant de Dix mille huit cent dhs

(10800,00 Dhs)

Agence socrate - Attijariwafabank

Rib:007 780 000000 1284 000

Patente: 408 063 88 - CNSS:667513

52, Rue Socrate Quartier Maârif Extension 3<sup>ème</sup> Etage Appt.7

Casablanca - Tél.: 05 22 25 32 78

Dr. Nadia SAADI  
Chirurgien Dentiste  
Appel N° 1  
52, Rue Socrate 1<sup>er</sup> Etage  
Maarif Extension  
Tél.: 05 22 25 32 78

Acc  
0000  
1

Le 23 août 2023

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

**Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE**  
**Identifiant adhérent : 0003183\_1953-07-01\_ABDELILAH**  
**N/REF : 20232350023614**  
**Adhérent : EL AMRANI JOUTEY ABDELILAH**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ABDELILAH EL AMRANI JOUTEY.

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 : 10800.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 1200.00 MAD

Validité de prise en charge : du 23-08-2023 au 23-11-2023.

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 ABDELILAH EL AMRANI JOUTEY.

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.



N° Dossier: 172068   
N° Dossier externe: PEC-03183-17/08/2023  
Type de dossier: DENTAIRE   
Bénéficiaire: EL AMRANI JOUTEY ABDELILAH  
Situation: Notifié   
Sous-situation: ---   
Date de début: 17-08-2023   
Date de fin:   
Date de saisie: 17-08-2023  
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants 

Date	Type	Commentaire
18-08-2023	Manuel	ACC D24 +D720 DET 2S +BCM 34 A 37 S/R RX APRES DR NADIA SAADI



# 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													
	17	2 dents	21	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <span>21</span></p> <p>MONTANTS DES SOINS <span>6000</span></p> <p>DEBUT D'EXECUTION <span>16/08/23</span></p> <p>FIN D'EXECUTION <span>22/11/23</span></p>												
	18															
	19															
	20															
	21															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>Recreation du bridge CC7 sur la 34 35 36 et 37</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <span>4780</span></p> <p>MONTANTS DES SOINS <span>12000</span></p> <p>DATE DU DEVIS <span>16/08/23</span></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <span>22/11/23</span></p>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>				<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>												



# 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'Unité  
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

Déclaration de Maladie

M23-008740

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3183 Société : 172068

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL AMRANI JOUTA Abdelilah

Date de naissance : 11/21/1953

Adresse : VILLA 7 LOTISSEMENT TOURIA

BOUJOURA CENTRE

Tél. 0661525001 Total des frais engagés : .....Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16.08.2023

Nom et prénom du malade : EL AMRANI Abdelilah Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins - Prothèses Dentaires

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 M23-0008740

Impliquez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Autorisation CNDP N° AA-215 / 2019

MRANI JOUITY ABDELKADIR  
KADOUHUYHIU

CENTRE RADIOLOGIE DENTAIRE PR BAITI

2-

Scale: 100%



10/08/23 68,0kV 8,0mA 22,1s 86,2mGy×cm²