

الدكتورة نادية سعدي

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 Jouley 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 Exention 3^{ème} Etage Appt.7

Casablanca - Tél.: 05 22 25 32 78

DOCTEUR NADIA SAADI
Chirurgien Dentiste
Appel. N° 1
52, Rue Socrate 1^{er} Etage
Maarif Exention
Tél.: 05 22 25 32 78

ACC
D'ACC

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 :

Veillez 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	
	2	2 Dentes	21	Coefficient DES TRAVAUX 21 D ₁₂
	1			MONTANTS DES SOINS 6000
	1			DEBUT D'EXECUTION 16/08/23
	1			FIN D'EXECUTION 22/11/23
	1			

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<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>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX 4 D ₈₀
	H	25533412	21433552											
	D	00000000	00000000											
	G	00000000	00000000											
	B	35533411	11433553											
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS 12000												
Recreation du bridge CCN sur la 34, 35		DATE DU DEVIS 16/08/23												
Brid 36 et 37		DATE DE L'EXECUTION 22/11/23												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.



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 JOUTE & Abdelilah

Date de naissance : 11/21/1953

Adresse : VILLA 7 LOTISSEMENT TOURIA
BOUJAKOURA 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) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-0008740

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

à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

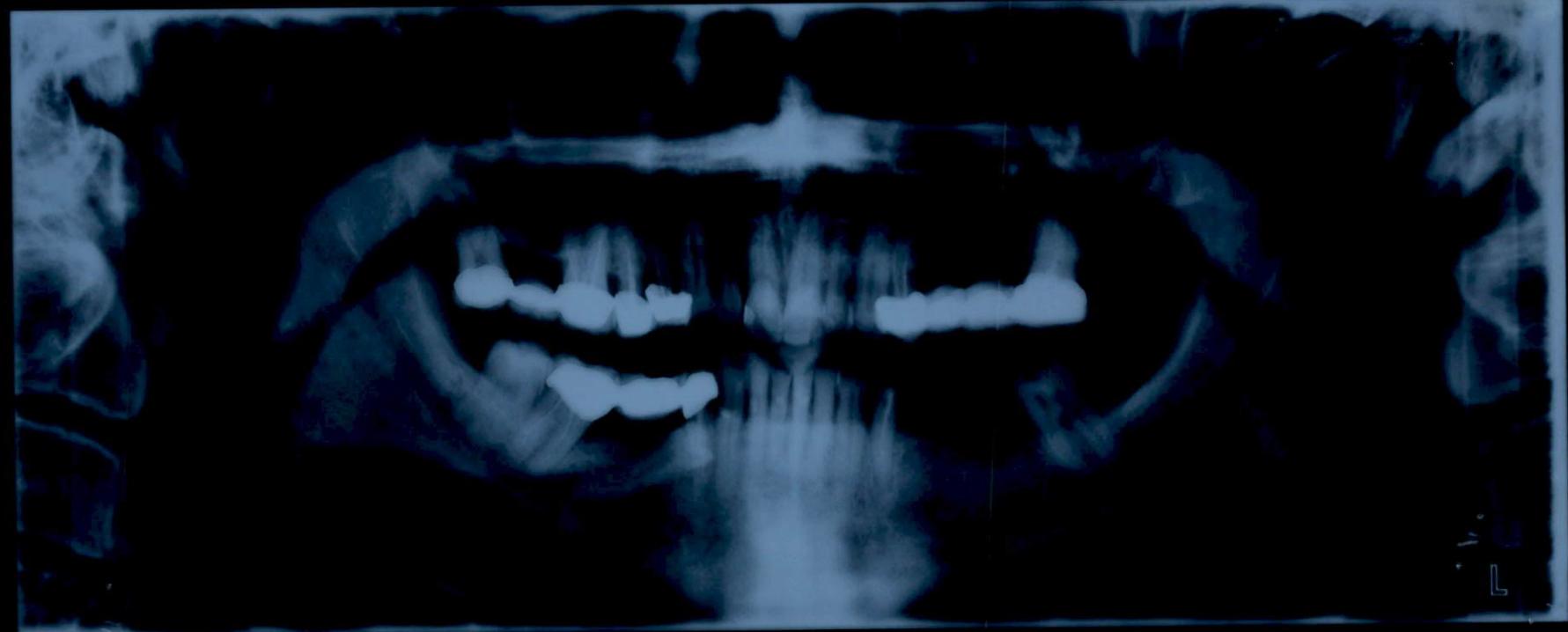
Date de dépôt :

MRABANI JOUTEY ABDELRAH
ALMOGGI HUYHIU

CENTRE RADIOLOGIE DENTAIRE PR BAITI

2-

Scale: 100%



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