

الدكتورة نادية سعدي

Dr. Nadia SAADI
Chirurgien Dentiste



Nº:1030

175393

Casablanca le, 21.12.2023

Dr. SAADI Nadia
ICE : 001928126000013

IF:40806388

A L'attention de Mupras

Honoraires

Je soussignée Dr Nadia Saadi a executé à Mme

Rizki Amira

pour un montant de mille quatre cent

neuf cent dhs

DOCTEUR NADIA SAADI

Chirurgien Dentiste

52, Rue Socrate 1^{er} Etage Appt.N° 1
Maârif Extension - Casablanca

Tel.: 05 22 25 32 78

Agence socrate - Attijariwafa bank

Rib:

Patente: 408 063 88 - CNSS: 667513

52, Rue Socrate Quartier Maârif Extension 3^{me} étage Appt.7
Casablanca - Tél.: 05 22 25 32 78

R ACCUEIL Z. SAAIF

25 JAN 2024

175393



Le 4 octobre 2023

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

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE

Identifiant adhérent : 002288_1967/08/06_AMINA

N/REF : 20232770024377

Adhérent : VEUVE LEMAIZI AMINA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de AMINA VEUVE LEMAIZI.

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 : 20429.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 2269.00 MAD

Validité de prise en charge : du 04-10-2023 au 04-01-2024.

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 AMINA VEUVE LEMAIZI.

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.



OK

N° Dossier: 175393 

N° Dossier externe: PEC-02288-15/09/2023

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: VEUVE LEMAIZI AMINA

Situation: Notifié

Sous-situation: ---

Date de début: 15-09-2023 

Date de fin: 

Date de saisie: 15-09-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

 Ajouter

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
04-10-2023	ACC D74+D1340 BIO 14 16 +OBT 26 +DET 2S ET 2IC 14 35 ET BCM 14 A 17 + 3 CCM 25 27 35 S/R RX APRES R NADIA SAADI Fathia KABBAJ

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 22.88

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : REZKI Amina

Date de naissance : 06/08/1967

Adresse : 19 CP Maynoir 8 tranchée EHG RC
Appartement 1 Ecosa

Tél. : 06 69 69 1836 Total des frais engagés : 0hs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/09/2023

Nom et prénom du malade : Rizki Amina Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Sain + Prothés 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 **M23-0012840**

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	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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

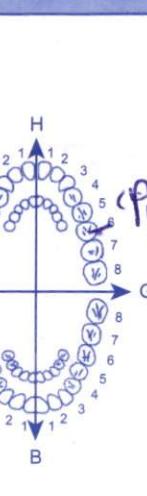
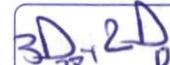
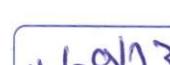
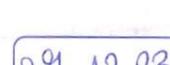
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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
	14 16 26 (in posiz)	+  +  Dent Frise 2 fractos	D28 D28 D28
			CoeffICIENT DES TRAVAUX 
			MONTANTS DES SOINS 
			DEBUT D'EXECUTION 
			FIN D'EXECUTION 

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ASSISTANT L'EXECUTION

