

الدكتورة نادية سعدي

Dr. Nadia SAADI  
Chirurgien Dentiste



Nº;1042

184467

Casablanca le, 30/01/2024

Dr. SAADI Nadia  
ICE : 001928126000013

IF: 40806388

INP: 094012324

A L'attention de Nadia

Honoraires

Je soussignée Dr Nadia Saadi a executé à Mr me

Belkacem Karim

pour un montant de quinze mille cent dhs.

81000 Dhs

Tél.: 05 22 25 32 78  
Maârif Extention - Casablanca  
52, Rue Socrate 1er Etage Appt.N°1  
Chirurgien Dentiste

**Docteur NADIA SAADI**

Agence socrate - Attijariwafabank

Rib: 1111111111111111

I.F. 408 063 88 - CNSS:667513

52, Rue Socrate Quartier Maârif Extention 3<sup>ème</sup> Etage Appt.7  
Casablanca - Tél.: 05 22 25 32 78

184 467



Le 1 décembre 2023

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

**Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE**

**Identifiant adhérent : 04916\_1959/01/04\_MOSTAFA**

**N/REF : 20233350025499**

**Adhérent : MAKBOUL MOSTAFA**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de KARIMA BELKATI.

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 : 8100.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 900.00 MAD

Validité de prise en charge : du 01-12-2023 au 01-03-2024.

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 KARIMA BELKATI.

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.

Accord D540  
SIR RX après



N° Dossier: 184467 

N° Dossier externe: PEC-04916-28/11/2023

Type de dossier: DENTAIRE 

Bénéficiaire: BELKATI KARIMA

Situation: Notifié 

Sous-situation: --- 

Date de début: 28-11-2023 

Date de fin: 

Date de saisie: 28-11-2023

Événement: 

#### Commentaires pour l'édition

**Ajouter**

#### Commentaires existants

Date	Type	Commentaire
29-11-2023	Manuel	ACC D540 BCM 15 16 17 S/R RX APRES DR NADIA SA/

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

184467

M23- N° 0030113

PEC

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4916 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MALEBOUL MASTELLA

Date de naissance : 4/11/59

Adresse : 104/B<sup>e</sup> YACOUB EC Densouk

Tél. : 0661417704 Total des frais engagés : Demandé Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 24/11/2023

Nom et prénom du malade : M. belkati Karim Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Bonjoint  Enfant

Nature de la maladie : Prothèse Dentaire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 28/11/2023

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 : CRSA Le : 28/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M23- N° 0030113

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

Il faut à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4916

Nom de l'adhérent(e) : MALEBOUL

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 28/11/2023

## 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**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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

卷之三

\* 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

Recreation of  
bridge survey  
is 18 et ff

Docteur NADIA SAADI

## Chirurgien-Dentiste

**32, Rue Socrate - El Ech Chouara - Casablanca**  
**Tél.: 05 22 25 32 78**

N° Dossier: 184467 

N° Dossier externe: PEC-04916-28/11/2023

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: BELKATI KARIMA

Situation: Notifié

Sous-situation: ---

Date de début: 28-11-2023 

Date de fin: 

Date de saisie: 28-11-2023

Événement: 

#### Commentaires pour l'édition

**Ajouter**

#### Commentaires existants [↓]

Date	Type	Commentaire
29-11-2023	Manuel	ACC D540 BCM 15 16 17 S/R RX APRES DR NADIA SA/