

الدكتورة نادية سعي

Dr. Nadia SAADI

Chirurgien Dentiste



N°:1042

184467

Casablanca le

30/01/2024

Dr. SAADI Nadia

ICE : 001928126000013

IF: 40806388

INP : 094012324

A L'attention de Mme

Honoraires

Je soussignée Dr Nadia Saadi a executé a Mme

Belkacem Karim

pour un montant de huit mille cent dh.

(8000 DH)

Docteur NADIA SAADI
Chirurgien Dentiste
52, Rue Socrate 1er Etage Appt. N° 1
Maarif Extension - Casablanca
Tél.: 05 22 25 32 78

Agence socrate - Attijariwafabank

Rib

I.F. 408 063 88 - CNSS:667513

52, Rue Socrate Quartier Maarif Extension 3^{ème} 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 SAV

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



184467

Déclaration de Maladie

M23- N° 0030113

PEC

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4916 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAKBOUL NASTAFA
 Date de naissance : 4/11/59
 Adresse : 104, Bd YACOUB EC Mansour
 Tél. : 0661417304 Total des frais engagés : Demande Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 24/11/23
 Nom et prénom du malade : BELKADI Karim Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Prothèse 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 : CASA Le : 28/11/23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- N° 0030113

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

à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4916
 Nom de l'adhérent(e) : MAKBOUL
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt : 28/11/23

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

A M P C I M I V

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

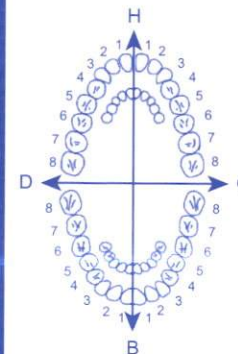
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

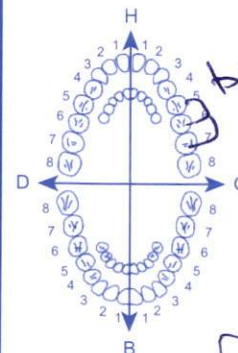
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Recreation de
bridge sur
15, 16 et 17

Docteur NADIA SAADI

Chirurgien Dentiste

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

32, Rue Socrate - 1^{er} Etage - Appt N° 1

Maarif Extension - 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 SAV