

الدكتورة نادية سعدي

Dr. Nadia SAADI  
Chirurgien Dentiste



N° : 00800

ICP : 00192812600013  
Dr. SAADI Nadia

Casablanca le, ... 03.04.2024

A L'attention de ..... Duplus

Honoraires

Je soussignée Dr Nadia Saadi a executé à Mme

Rafik Fatiha

pour un montant de Vingt mille huit cent  
seulement dix-sept dirhams et soixante dirhams

(21872,70 Dhs)

Signature

Agence Nassreddine Attijariwafabank

Rib:

IF 408 063 88 - CNS 00075

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

Docteur NADIA SAADI

Chirurgien Dentiste

52, Rue Socrate 3<sup>ème</sup> Etage Appt.N° 1  
Maârif Extention - Casablanca

Tel. 05 22 25 32 78

19 AVR. 2024

18/86

181868



Le 28 novembre 2023

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

**Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE**

**Identifiant adhérent : 006408\_1963-03-13\_MOHAMMED**

**N/REF : 20233320025414**

**Adhérent : LOUHIBI MOHAMMED**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de FATIHA RAFIK.

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 : 21872.70 MAD
- Restant à charge adhérent : 2430.30 MAD

Validité de prise en charge : du 28-11-2023 au 28-02-2024.

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 FATIHA RAFIK.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

DK

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.

19 APR 2004  
1440 + 067  
SIR RÉ APPRO  
SIR ATT Non AFF à la CNSS

x AF



# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

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



## Déclaration de Maladie

M22- 0005133

PEC  
AG

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 06408 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Louhi Bot

Mohammed

Date de naissance :

1963

Adresse :

Habsheille

Tél. 06 64 99 66 44

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/11/2019

Nom et prénom du malade : Dr Rafik Fatiha Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Spins + Prothèses dentaires

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

Pathologie : EZON 2023

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 M22-0005133

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 et Date de 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

### VOLET ADHERENT

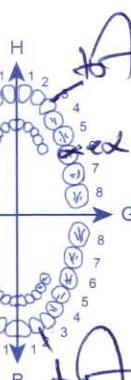
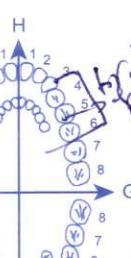
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exiés par la Mutuelle.

#### **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	
	23 26 43 44 32	+G ea +G lef +G	D <sub>23</sub> D <sub>10</sub> D <sub>13</sub> D <sub>23</sub> D <sub>18</sub>	COEFFICIENT DES TRAVAUX $4D_{23} + D_{10} + 2D_{13} + 2D_{23} + D_{18}$
		<u>Defect bridge 2D</u> <u>(28 mm coe)</u>		MONTANTS DES SOINS 4000160
				DEBUT D'EXECUTION 07/11/23
				FIN D'EXECUTION 03/04/24
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX $D_{23} + D_{10} + D_{13} + D_{23} + D_{18}$
	<u>[Création, remont, adjonction]</u> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS 30800150
	<u>28 g fibres sur la 25 et 44 + bridge sur la 23, 24, 25 et 26 et en 8127 + bridge sur la 43, 44, 45, 46 et 17 + CC sur la 32.</u>			DATE DU DEVIS 07/11/23
				DATE DE L'EXECUTION 03/04/24

**52, Rue Sébastien ATTENSTAEDT-DEVIS  
VISA ET CACHET DE POURVOIR**  
**MAGIST EXCENTRIC**  
**Tél: 03 22 25 32 76**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

