

الدكتورة نادية سادي

Dr. Nadia SAADI

Chirurgien Dentiste



N° : 00800

181868

DR. SAADI Nadia
ICE : 001928126000013

Casablanca le, 03.04.2024

A L'attention de

Dupras

Honoraires

Je soussignée Dr Nadia Saadi a executé a M^{me}

Rafik Fatima

pour un montant de vingt un mille huit cent

soixante douze dh et soixante dix ch

(21 872,70 DH)

Docteur NADIA SAADI
Chirurgien Dentiste

Agence N° 00800 Attijariwafabank

Rib: 52, Rue Socrate 1^{er} Etage Appt. N° 1
IF 408 063 88 - CNSS 00800
Maarif Extension - Casablanca
Tél: 05 22 25 32 78

52, Rue Socrate Quartier Maarif Extension 3^{ème} Etage Appt. 7
Casablanca - Tél: 05 22 25 32 78

19 AVR. 2024

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.

DX

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.



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 canaux, 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 canaux.

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

M22-0005133

PEC
AEC

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06408 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LOUHIBI MOHAMMED

Date de naissance : 1963

Adresse : HADJELLE

Tél. 0664996644 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/11/2023

Nom et prénom du malade : Dr Rafik Fatima 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° : A-A-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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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 :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin

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 :

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	1A	D ₂₃	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	26	2A	D ₂₆		
	43	1A	D ₄₃		
	44	1A	D ₄₄		
		32	1A	D ₃₂	MONTANTS DES SOINS
	D ₂₃ + D ₂₆ + D ₄₃ + D ₄₄ + D ₃₂ = 28				
	(28 x 100) = 2800			DEBUT D'EXECUTION	
	07/11/23				
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H: 25533412, 00000000 D: 00000000, 35533411 G: 21433552, 00000000 B: 00000000, 11433553 (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
	2 fibres sur la 25			MONTANTS DES SOINS	
	et 44 + bridge cc				
	sur la 23, 24, 25 et 26				
	extension + bridge				
	sur la 43, 44, 45, 46 et 47				
	+ CC sur la 32				
	2800 + 1000 = 3800				
	DATE DU DEVIS				
	07/11/23				
	DATE DE L'EXECUTION				
03/04/24					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
 VISA ET CACHET DU LABORATOIRE ATTESTANT LE DEVIS
 Dr. NADIA SAADI
 52, Rue de la République
 92000 Nanterre
 Tél: 01 47 25 32 78

vision PACS 2009

RADIOLOGIE SOCRATE
RAFIK FATHA

07/11/2023
12h16m42

Exam:
Serie: 1001
Image: 1001+C

DT

PANORAMIQUE
RADIOLOGIE SOCRATE

RAFIK FATHA

WVW 1018
W/C 480

Exam: 07.11.2023

