

الدكتورة نادية سعد

Dr. Nadia SAADI
Chirurgien Dentiste



159900

N° : 01030

Dr. SAADI Nadia
ICE : 001928126000013

Casablanca le, ... 20/06/23

A L'attention de An pres

Honoraires

Je soussignée Dr Nadia Saadi a executé à Mr

Ovasti Rustaphha.

pour un montant de huit mille cinq cent quatre-vingt-sept francs / 8595,00 F.


David
Ager

Agence socrate - Attijariwafabank

Patente: 408 063 88 566-7513

52, Rue Socrate Quartier Maârif Extension Casablanca - Tél.: 05 22 25 32 78

DocId:111-NADA-SA4

N° Dossier: 159900 

N° Dossier externe: PEC-00432-09/05/2023

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: OUARTI MUSTAPHA

Situation: Notifié

Sous-situation: ---

Date de début: 09-05-2023 

Date de fin: 

Date de saisie: 09-05-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

[Ajouter](#)

Commentaires existants [↑]

Date	Type	Commentaire
09-05-2023	Manuel	ACC D22 +D540 EXT 15 +DET +BCM 14 15 16 S/R RX APRES DR NADIA SA

Le 9 mai 2023

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

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE

Identifiant adhérent : 0000432_1939-07-01_MUSTAPHA

N/REF : 20231290021616

Adhérent : OUARTI MUSTAPHA

159900

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de MUSTAPHA OUARTI.

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 : 8595.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 955.00 MAD

Validité de prise en charge : du 09-05-2023 au 09-08-2023.

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 MUSTAPHA OUARTI.

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.



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

- 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-007201

PEC

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 432 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DUAITI Mousaifia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 09 MAI 2023 Total des frais engagés : 159900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/05/2023 Nom et prénom du malade : DUAITI Mousaifia 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- 0007201

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 - RADIGRAPHIES

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

1057000

* 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	Coefficent		
	15 ext De tu Atypic	D 10 D 12		CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				4000,00	
				DEBUT D'EXECUTION	
				05/05/23	
				FIN D'EXECUTION	
				06/06/23	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				3000,00
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	H D B	
					MONTANTS DES SOINS
					9000,00
					DATE DU DEVIS
					05/05/23
					DATE DE L'EXECUTION
					06/06/23
					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur NADIA SAADI
Chirurgien Dentiste
52, Rue Socrate 1er Etage Casablanca
Tél.: 05 22 25 32 78

Docteur NADIA SAADI
Chirurgien Dentiste
52, Rue Socrate 1er Etage Casablanca
Tél.: 05 22 25 32 78