

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



Déclaration de Maladie

N° W21-617900

117666
Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08649

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KOUMI NABIL

Date de naissance :

05/07/1972

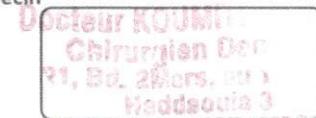
Adresse :

Res. DAKARA, Rue Padgmer, App 34
FRANCEville 2, Casablanca

Tél. : 067 343 1892

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation :

28/05/2022

Nom et prénom du malade :

KOUMI FATHI NAZARIA, Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

BILAN SDF + Denis 1^{er} dentiste

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 : Casablanca

Le : 28/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-617900

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 : 08649
Nom de l'adhérent(e) : K.N. (FZ)
Total des frais engagés : Denis 1^{er} dentiste
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
				INP : [REDACTED]

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 Particulier	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.

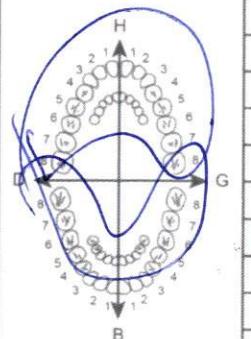
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

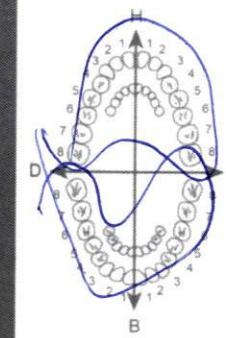
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	Bilan	O.D.F.	1 45



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Devis n° 8ème branche
de travail à O.D.F.
multi-atteinte bout
et BCS

D 90

2500 Dm

28/05/2022

05/04/2024

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Docteur KOUFI
Chirurgien Dentiste
51, rue Abdeslam
Maddouia 2
022 31 50 22 / GSM : 065 74 01 11

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CASABLANCA, Le 9 juin 2022

DR.KOUMITI MOHAMED REDA
821 BD 2 MARS HAY HADDAOUIA III
CASA BLANCA
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE

Identifiant adhérent : 08649_1972-07-05_NABIL

N/REF : 20221600015927

Adhérent : KOUMITI NABIL

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de **FATIMA ZAHRA KOUMITI**.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de* **2500.00 MAD**

Validité de prise en charge : du 09-06-2022 au 09-09-2022.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Center 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 **FATIMA ZAHRA KOUMITI**.

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.**

* Pour information, la part adhérent : **700.00 MAD**

Docteur Koumiti Mohamed Réda

Spécialiste en orthodontie de l'Enfant et de l'Adulte



الدكتور كمطي محمد رضا

اختصاصي في تقويم اعوجاج الأسنان للصغار والكبار

茅ظر سابق بكلية طب الأسنان بالدار البيضاء

طبيب داخلي ومقيم سابقًا بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

حاصل على شهادة المركز الدولي لدراسات طب الأسنان

دبلوم جامعي في الخبرة الطبية

خبر قاضي ملحق لدى المحاكم

Ancien encadrant à la faculté de médecine dentaire de Casablanca

Ancien interne et résident au CHU Ibn Rochd de Casablanca

Certifié de l'International Center for Dental Education

Diplôme Universitaire en expertise Médicale

Expert Judiciaire assermenté agréé auprès des tribunaux

ISPE : 094 002 300

Casablanca, le 05/04/2024

IF : 500 171 07

ICE : 00 1710 191000044

KIB : 190 780 2111 178 444 55 0024 11

Facture

Le montant des deux réalisations KOUMITI FATIMA ZAHRA est de deux mille cinq cent dirhams (2500 درهم).

Il s'agit des deux suivants:

- Bilan ODF Dhs 245

- 1^{er} semestre de traitement Dhs 290

ODF multiattache frontal

Bos

KOUMITI FARAS

Docteur KOUMITI Mohamed Réda
Chirurgien Dentiste
21, Bd. 2 Mars, 3ème étage
Haddaouia 3 - Casablanca
022.21.50.22 / GSM : 0623.74.67.00

Docteur Koumiti Mohamed Réda

Spécialiste en orthodontie de l'Enfant et de l'Adulte



الدكتور كمطي محمد رضا

اختصاصي في تقويم اعوجاج الأسنان للصغار والكبار

Ancien encadrant à la faculté de médecine dentaire de Casablanca

Ancien interne et résident au CHU Ibn Rochd de Casablanca

Certifié de l'International Center for Dental Education

Diplôme Universitaire en expertise Médicale

Expert Judiciaire assermenté agréé auprès des tribunaux

مؤطر سابق بكلية طب الأسنان بالدار البيضاء

طبيب داخلي ومقيم سابقًا بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

حاصل على شهادة المركز الدولي لدراسات طب الأسنان

بلوم جامعي في الخبرة الطبية

خبرير قضائي محف لدى المحاكم

28/05/2022
Casablanca, le

Compte rendu du bilan ODF
de l'enfant: RONNIE FATHIMA ZAHRA

ANALYSE CEPHALOMETRIQUE

FMA: 52, FNA 31, INPA 121, SNA¹ 80, SNB¹ 74
ANB 6, AOB 4, Plan d'ouverture 12, Angle Z: 60
UL 9, TC 15, HFP: 45, HFA 61, Inclinaison
- Ant: 0,65, INA 30, INTA 15, INC 35
INB 9

Diagnostic:

Class II symétrique hyperdivergent par
rélation mandibulaire et碧proclivité

Plan de traitement:

traitement ODF. par appareil orthodontique

chant et Bos et force extraosseuse en
maxillaire avec extraction de 4 P.M.

Durée du traitement:

6 semestre

Condéntion

2 Ans

Docteur ROUMETTE D.
Chirurgien Dentiste
21, Bd. 25 Août 1957
Hadjadjine
022.21.50.22 / 055.74.57.22