

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-617900

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08649 Société : R. A. 101
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KAVITI NABIL
 Date de naissance : 05/07/1972
 Adresse : Res. DAWADA, Rue Padermes, Apt 34
 FRANCEville 2, Casablanca
 Tél. : 067 343 1842 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/05/2022
 Nom et prénom du malade : KAVITI FATIHA
 Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : BILAN D.F. + Denis 1^{er} x 2^{ème} dentaire
 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 ADHERENT

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. (F2)
 Total des frais engagés : Denis 1^{er} x 2^{ème}
 Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP : <input type="text"/>

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

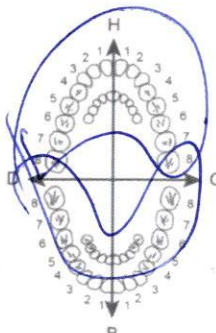
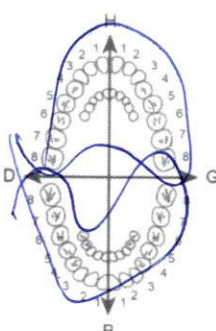
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094002300														
	Bilan O.F.		0.45	COEFFICIENT DES TRAVAUX 0.45														
				MONTANTS DES SOINS # 12500														
				DEBUT D'EXECUTION 05/04/2020														
				FIN D'EXECUTION 28/05/2020														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX 0.90
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS # 25000															
Dents à réparer de l'arc inférieur O.D.F. multi-attachés haut et Bas			DATE DU DEVIS 28/05/2020															
			DATE DE L'EXECUTION 05/04/2020															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 كُميّتي محمد رضا

إختصاصي في تقويم إعوجاج 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 سابقا بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

حاصل على شهادة المركز الدولي لدراسات طب الأسنان

دبلوم جامعي في الخبرة الطبية

خبير قضائي محلف لدى المحاكم

ISPE : 094 002 300

IF : 502.17107

ICE : 001710191000044

RIB : 1907802111178 44455002411

Facture

Casablanca, le 05/04/2024

Le montant de soins réalisés à l'orthodontie KOUMITI FATIMA
ZAHRA est de deux mille cinq cent Dirhams
(2500 DHS).

Il s'agit de soins suivants:
- Bilan ODF 245
- 1^{er} semestre de traitement
ODF multiauthe l'orthodontie 290
Bos

Koumiti ARABIE

Docteur KOUMITI Mohamed Réda
Chirurgien Dentiste
21, Bd. 2 Mars, au 1^{er} étage,
Haddaouia 3
022.21.50.22 / GSM : 06.74.97.50

Docteur Koumiti Mohamed Réda

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



الدكتور كميتي محمد رضا

إختصاصي في تقويم إعوجاج 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 سابقا بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

حاصل على شهادة المركز الدولي لدراسات طب الأسنان

دبلوم جامعي في الخبرة الطبية

خبير قضائي محلف لدى المحاكم

4

Casablanca, le

28/05/2022

Compte Rendu du Bilan ODF
de l'enfant: KOUITI FATIMA ZAHRA

ANALYSE CEPHALOMETRIQUE

FMIA: 52, FMA 31, IMPA 121, SNA 20, SNB 74
ANB 6, AOB 4, Plan d'occlusion: 12, Angle 7: 60
UL 9, TC 10, HFP: 40, HFA 61, IMA 12
- Ant: 0,65, INA 30, IMA 15, INB 35
INB 9

Diagnostic:

Classe II squelettique hyperdivergent par
2° hypomandibulaire et biproclive

Plan de traitement:

traitement ODF par appareillage multiaxial

avant et Bes et force extraorale en
maxillaire avec extraction de 4 P.M.

Durée du traitement:

6 Semestre

Contention

2 Ans

Docteur ROUMI
Chirurgien Dentiste
21, Bd. 28
Madagascar
022.21.50.22 / 055 : 085.74.51.22