

Docteur Koumiti Mohamed Réda

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



الدكتور كُميتي محمد رضا

إختصاصي في تقويم إعوجاج الأسنان للطفل 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

INPE: 094002300
IF: 50917107
ICE: 001710191000044

Casablanca, le 05/04/2024

Facture - Mupras

118136

Nom du Patient: KOUMITI MABIL

Le montant de soins réalisés au Dr KOUMITI MABIL
et de quatre mille huit cent Dirhams (4800)

Il s'agit des soins suivants:

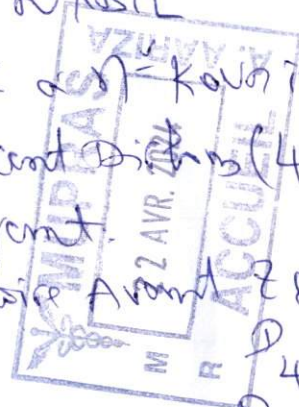
13 Radio Rétro alvéolaire Avant 28

13 inlay case

13 Zircon

13 Radio Rétro alvéolaire

KOUMITI MABIL



Docteur KOUMITI Mohamed Réda
Chirurgien Dentiste
21, Bd. 2 Mars, au 1er étage
Haddaouia 3 - Casablanca
022 21 50 22 - GSM : 065.74.97.90

CASABLANCA, Le 10 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 : 20221610015940
Adhérent : KOUMITI NABIL

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de NABIL KOUMITI.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de* **4870.00 MAD**

Validité de prise en charge : du 10-06-2022 au 10-09-2022.

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 NABIL 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 : **487.00 MAD**



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 ALP :

- 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° M20- 0009738

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08649 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KOU MITI NABIL
 Date de naissance : 05/07/1972
 Adresse : Res. Nawa-la 1 Rue Pajouze, 9m34
 FRANCEVILLE, Gabon
 Tél. 0673731872 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/05/2022
 Nom et prénom du malade : KOU MITI NABIL Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dento pro infection à Zikona SWS 13
 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 : 28/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20- 09738

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 :

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

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

INP : 094002300

COEFFICIENT DES TRAVAUX

26 x 2 = 212

MONTANTS DES SOINS

120 DH

DEBUT D'EXECUTION

28/05/2022

FIN D'EXECUTION

05/04/2024

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412 21433552
00000000 00000000
00000000 00000000
35533411 11433553

COEFFICIENT DES TRAVAUX

200 + 9 = 209
402 / 40

MONTANTS DES SOINS

4800 DH

DATE DU DEVIS

28/05/2022

DATE DE L'EXECUTION

05/04/2024

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



MC 8649

Ne 118136