

**Docteur Koumiti Mohamed Réda**

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

K  
2 M  
R

**الدكتور كمتي 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 سابق بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

حاصل على شهادة المركز الدولي لدراسات طب الأسنان

دبلوم جامعي في الخبرة الطبية

خبر قضاي محلف لدى المحاكم

INPE : 094002300

IF : 50917107

ICE : 001710191000044

Casablanca, le ..... 05/04/2024

Facture - Maroc 18136

Nom du Patient : KOUMITI NABIL

Le montant des soins réalisés pour KOUMITI NABIL  
et de questi nelli huit cent Dirhams (4800)

Il s'agit des soins suivants.

13 Radios Rétro alvéolaires Avant 75

13 imlay gare 140

13 Zircon

13 Radios Rétro alvéolaires

KOUMITI NABIL



Dr. KOUMITI  
Chirurgien Dentiste  
21, Bd. 4 Mars, au 1er étage  
Habous, Casablanca  
Tél. : 05 22 21 50 22 - GSM : 06 23 81 43 56

821, Bd. 2 Mars, au 1er étage, au dessus de l'agence Immobilière Hind, à côté du cafés Wiam, Haddouia 3 - Casablanca

06 23 81 43 56 - المحمول: 05 22 21 50 22 - الهاتف : 22 50 56 - الدار البيضاء - 3 - شارع 2 مارس فوق وكالة هند العقارية قرب مقهى ونام حي الحداوية

Tél. : 05 22 21 50 22 - GSM : 06 23 81 43 56

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.

**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 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

Nº M20- 0009738

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08649 Société : R. A. M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KOUMITI NABIL

Date de naissance :

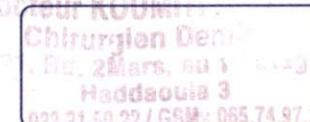
05/07/1972

Adresse :

Res. Nouzada 1 Rue Professeur Ammar  
FRANCERIE 2, RABAT

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 : KOUMITI NABIL Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DRIVE PRO chirurgie et Zircone Sur 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/05/2022

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº 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 : .....

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature 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

\* 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.

INF : 094002320

COEFFICIENT DES TRAVAUX  
 $26 \times 2 = 212$   
= 60%

MONTANTS DES SOINS  
# 120 DHS

DEBUT D'EXECUTION  
28/05/2024

FIN D'EXECUTION  
05/04/2024

COEFFICIENT DES TRAVAUX  
 $200 + 9 = 209$   
= 40240

MONTANTS DES SOINS  
4800 DHS

DATE DU DEVIS  
28/05/2024

DATE DE L'EXECUTION  
05/04/2024

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  
Docteur KOUIMITCHI Chirurgien Dentiste  
21, Bd 2 Mai  
Houadoula 3  
21.50.22 / GSM : 065.74.97.30

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
Docteur KOUIMITCHI Chirurgien Dentiste  
21, Bd 2 Mai  
Houadoula 3  
21.50.22 / GSM : 065.74.97.30



MC 8649

MC 118136