

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



AMPL  
DENT  
ALD /) RIB  
RIB

Dos n° 11908

Déclaration de Maladie : N° P19-0017449

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3395 Société : RATP

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BOUAFI RAYAN Date de naissance : 01/07/61

Adresse :

Tél. : 0661150870 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : BOUAFI RAYAN Age : 22 JAN MEHDI

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DDM

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 : CASA

Le : 17/01/2019

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS  
RECEPTION

22 JAN  
ACCUEIL

# 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	Coefficient										
			COEFFICIENT DES TRAVAUX [Red box]										
			MONTANTS DES SOINS [Red box]										
			DEBUT D'EXECUTION [Red box] 10 DEC. 2019										
			FIN D'EXECUTION [Red box] 10 DEC. 2019										
			COEFFICIENT DES TRAVAUX [Red box] D. 0										
			MONTANTS DES SOINS [Red box] 1000,00										
			DATE DU DEVIS [Red box] 14/11/19										
			DATE DE L'EXECUTION [Red box] 08/01/2020										
ODF PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>Dep PDM de 1<sup>er</sup> semestre ODF 1000,00</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
H	G												
25533412 00000000	21433552 00000000												
D	G												
00000000 35533411	00000000 11433553												
B													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT DE VIS  
CABINET  
185, Bd. ZAFARANCA  
App. N° 5  
Tél. 23.76.27.23  
25.11.2019

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT DE VIS  
CABINET  
185, Bd. ZAFARANCA  
App. N° 5  
Tél. 23.76.27.23  
25.11.2019

**CENTRE D'ORTHODONTIE ZERKTOUNI**

ORTHOPÉDIE DENTO – FACIALE  
ORTHODONTIE ADULTES – ENFANTS  
ORTHODONTIE LINGUALE  
CERTIFICATION INVISALIGN

Dr. Kenza BELKHAYAT  
Diplôme de Spécialiste en O.D.F  
Université de New-York  
Diplôme Universitaire en Orthodontie Linguale  
Université Claude – Bernard de Lyon  
Diplôme Universitaire en Orthodontie Linguale  
Faculté Paris V  
Master Européen Damon  
Master Européen Invisalign

Casablanca, 08/01/2020

ICN: 5001678075000093

JF: 10700131

INPE: 94012523

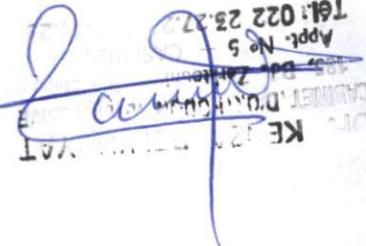
**OBJET/ FACTURE**

Patient (e) : BOUAFI RAYANE

Acte : 1<sup>er</sup> semestre ODF

Montant payé : 4400DH

**Cachet et Signature**

  
Signature: Dr. Kenza Belkhayat  
Date: 08/01/2020  
APPL. N° 5  
Tél: 022 23 72 27  
Fax: 022 6 63 79 20 05  
Email: [kenza@belkhayat.com](mailto:kenza@belkhayat.com)

Résid., Zerkouni, 13<sup>e</sup> Bd Zerkouni, 2<sup>e</sup> étage, App. 7 - Casablanca - Maroc  
Télé: +212 5 22 23 27 27 / +212 5 11 23 76 25 / +212 6 63 79 20 05 / Fax: +212 5 22 23 76 25.  
Email: [kenza@belkhayat.com](mailto:kenza@belkhayat.com) Facebook: kenza belkhayat / Instagram: drbelkhayat

# CENTRE D'ORTHODONTIE ZERKTOUNI

ORTHOPÉDIE DENTO – FACIALE  
ORTHODONTIE ADULTES – ENFANTS  
ORTHODONTIE LINGUALE  
CERTIFICATION INVISALIGN

Dr. Kenza BELKHAYAT

Diplôme de Spécialiste en O.D.F

Faculté de New-York

Diplôme Universitaire en Orthodontie Linguale

Faculté Claude – Bernard de Lyon

Diplôme Universitaire en Orthodontie Linguale

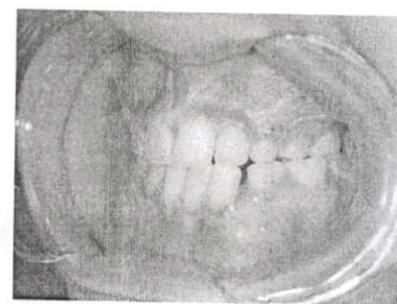
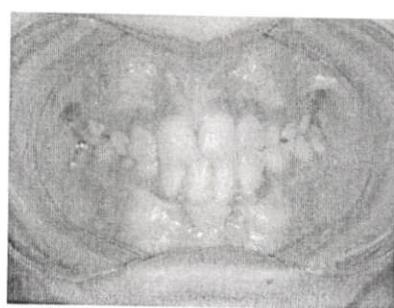
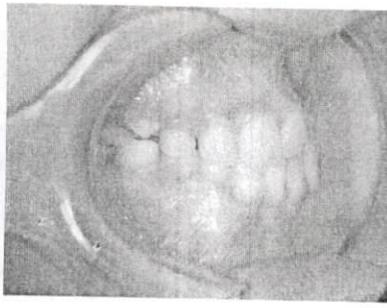
Faculté Paris V

Master Européen Damon

Master Européen Invisalign

Code ICE : 001678075000093

Casablanca, Le 14/11/2019



## Compte rendu

Patient (e) : BOUAFI RAYAN MEHDI

### DIAGNOSTIC :

#### • Squelettique :

- Tendance à la CI III squelettique
- Normo divergent-
- Arcade supérieure en triangle avec inversé d'articulé sur 22 & quadran sup droit
- respiration buccale avec position basse de la langue

#### • Dentaire :

- Denture mixte précoce
- CI III d'Angle canine et molaire subdivision gauche
- DDM sévère inf avec absence du couloir d'éruption de 73
- Déviation du point inter-incisif inf vers la gauche de 4mm

### PLAN DE TRAITEMENT PROPOSE

TT en deux phases

Phase I : Phase orthopédique: TROIS semestres

- Appareillage multibague sup et inf : D- Gainer
- Expansion
- CI III thérapie & Rééducation respiratoire
- Exo guidées
- EIM : Coordination et finitions

Phase II : Phase orthodontique : Quatres Semestres

Appareillages multibagues sup et inf & CI III therapy

CONTENTION: Obligatoire au moins 2ans

PRIX : - Frais de traitement : 4500 Dhs / semestre

- Frais de contention : 4000 / 2Ans ou 2500 / An/x2ans avec gratuité des appareils à vie.

Résid. Zerkouni, 185 Bd Zerkouni, 2<sup>e</sup> étage, Appt 5, Casablanca - Tel. : +212 5 22 23 27 27

+212 5 22 23 76 25 / +212 6 63 79 20 05 : Fax : +212 5 22 23 76 25. E-mail : kenza@belkhayat.com

Dr. Kenza BELKHAYAT  
ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE  
ORTHODONTIE ADULTES-ENFANTS  
ORTHODONTIE LINGUALE  
CERTIFICATION INVISALIGN  
No 5 - CASABLANCA  
Tel. 23.27.27.123.76.25

## **CENTRE D'ORTHODONTIE ZERKTOUNI**

ORTHOPEDIE DENTO – FACIALE

ORTHODONTIE ADULTES – ENFANTS

ORTHODONTIE LINGUALE

CERTIFICATION INVISALIGN

Dr. Kenza BELKHAYAT

Diplôme de Spécialiste en O.D.F

Faculté de New-York

Diplôme Universitaire en Orthodontie Linguale

Faculté Claude – Bernard de Lyon

Diplôme Universitaire en Orthodontie Linguale

Faculté Paris V

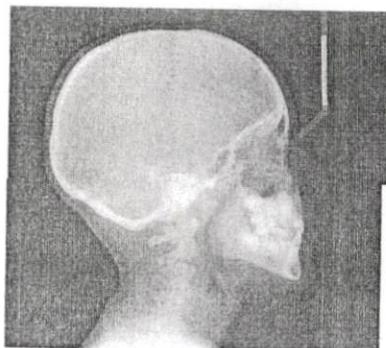
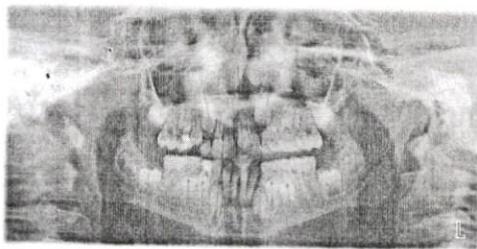
Master Européen Damon

Master Européen Invisalign

Casablanca, le 14/11/2019

**OBJET : RADIO PANORAMIQUE & TELERADIO DE PROFIL**

Patient (e) : BOUAFI RAYAN MEHDI



*Dr. Kenza BELKHAYAT*  
Orthodontie  
Centre Zerkouni  
Casablanca – Maroc  
Tél. : +212 5 22 23 27 27 / +212 5 22 23 76 25 / +212 6 63 79 20 05 ; Fax +212 5 22 23 76 25.  
E-mail: [kenza@belkhayat.com](mailto:kenza@belkhayat.com) ; Facebook: kenza belkhayat ; Instagram : drbelkhayat

Résid., Zerkouni, 185 Bd Zerkouni, 2<sup>e</sup> étage, Appt 5, Casablanca – Maroc  
Tél. : +212 5 22 23 27 27 / +212 5 22 23 76 25 / +212 6 63 79 20 05 ; Fax +212 5 22 23 76 25.  
E-mail: [kenza@belkhayat.com](mailto:kenza@belkhayat.com) ; Facebook: kenza belkhayat ; Instagram : drbelkhayat