

# 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.

## Diagnostique 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 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](http://www.mupras.com)



AMPL

DENT

Dos n° 11008

RIB

## Déclaration de Maladie : N° P19-0017449

- ☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3395 Société : RATI  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BOUAFI EL HADJANE Date de naissance : 01-07-61  
Adresse :  
Tél. : 0661 150270 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : BOUAFI RAYAN Mehdi Age : 27  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : D.D.M.  
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 : Cas Le : 17/07/19  
Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

MUPRAS  
RECEPTION

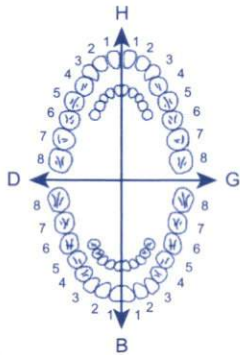
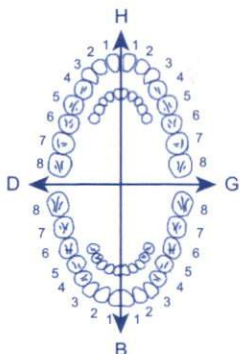
MUPRAS  
22 JAN 2020  
Meheri  
ACCUEIL

# 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'ODF.

SCINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<p>Dep pour</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
<p>le 1<sup>er</sup> semestre</p>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
<p>ODF</p>																		
<p>4500,00</p>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

CADINET  
105, Bd.  
Appel No 5  
Tél. 23.27.27123.76.25

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

105, Bd.  
Appel No 5  
Tél. 23.27.27123.76.25



**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  
Sté Claude – Bernard de Lyon  
Diplôme Universitaire en Orthodontie Linguale  
Faculté Paris V  
Master Européen Damon  
Master Européen Invisalign

Casablanca, 08/01/2020

ICE: 5001678075000093

IF: 00700131

INPE: 94012523

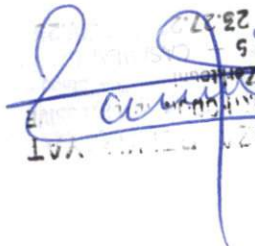
**OBJET/ FACTURE**

Patient (e) : BOUAFI RAYANE

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

Montant payé : 4400DH

Cachet et Signature

  
Appr. No 5  
Tél: 022 23 27 25  
CABINET D'ORTHODONTIE  
DR. KENZA BELKHAYAT

Résid., Zerktouni, 13<sup>8</sup> Bz Zerktouni, 2<sup>e</sup> étage, Appr - Casablanca - Maroc

Tél: +212 5 22 23 27 27 - Fax: +212 5 22 23 27 25 - Email: kenza@belkhayat.com

Facebook: kenza belkhayat : Instagram : drbelkhayat

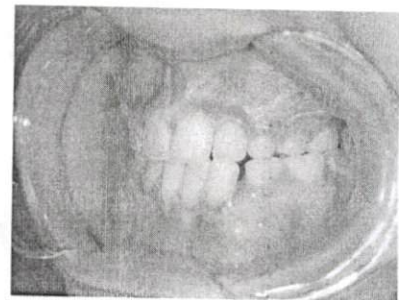
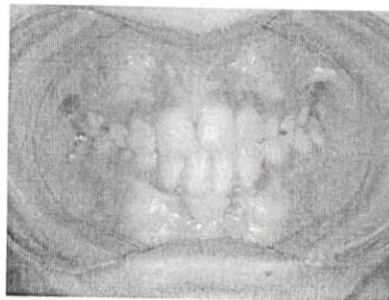
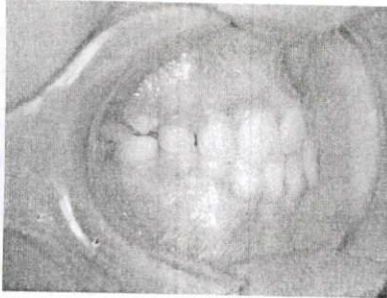
# **CENTRE D'ORTHODONTIE ZERKTOUNI**

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

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 sup'erieure en triangle avec inversé d'articulé sur 22 & quadran su^p 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 orthopedique: 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., Zerktouni, 185 Bd Zerktouni, 2<sup>e</sup> étage, Appt 5, Casablanca - 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 ; mail : kenza@belkhat.com

*[Signature]*  
Dr. Kenza BELKHAYAT  
Dentiste  
23.27.27/23.76.25

# ***CENTRE D'ORTHODONTIE ZERKTOUNI***

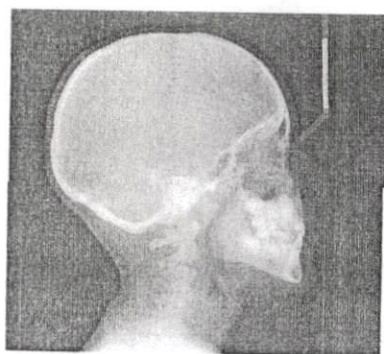
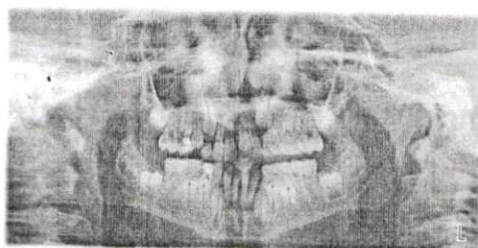
ORTHOPEDIE DENTO – FACIALE  
ORTHODONTIE ADULTES – ENFANTS  
ORTHODONTIE LINGUALE  
CERTIFICATION INVISALIGN

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



*[Signature]*  
Kenza BELKHAYAT  
Dentiste  
Casablanca  
01.22.21.11.22

Résid., Zerktouni, 185 Bd Zerktouni, 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