

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Prérequis

soient à l'adhérent, doit être dûment renseigné.

soient au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
La date de feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

préalable est exigé pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, si multiples, orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que toutes les actes effectués en série.

accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

les médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

medicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Et Biologie

re 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.

confidentiel) du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la Mutuelle.

name du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

le préalable renseigné par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de soins.

remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est exigé avant le début de traitement.

ce doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Affection Longue Durée ALD et ALC :

declaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Mails utiles

Adhérent contact@mupras.com
En charge pco@mupras.com
en et changement de statut adhesion@mupras.com

Conformément au décret n° 200-18 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel : Service Client Angle Rue Mohamed V Rabat et Rue Alaa Ben Abdellah - Quartier de l'Indépendance - 10000 - Tel : 05 22 25 84 00 - Fax : 05 22 27 28 16 - www.mupras.com

**Déclaration de Maladie**

N° W21-617900

117666

 Optique Autres Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricole : 08649

Société : R.A.M.

 Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : KOUMITI NABIL

Date de naissance : 05/07/1972

Adresse : Res. DANADA, rue Paquier, App 34

FRANCEville 2, Casab

Tél. : 0673A31872

Total des frais engagés : _____ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Docteur KOUMITI
Chirurgien Dentiste
21, Bd. 25 Mars, 100
Haddaouia 3

Cachet du médecin :

28/05/2022

KOUMITI FATHIAZIA

Age :

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

BILAN SDF + Dents 1^{ère} zone de
détartement S.P.F.

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° 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).

Matricole :

08649

Nom de l'adhérent(e) :

K.N. (Ft)

Total des frais engagés :

26520 Dhs

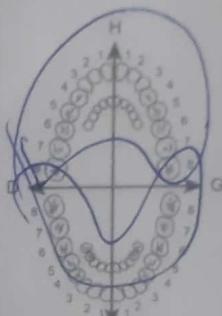
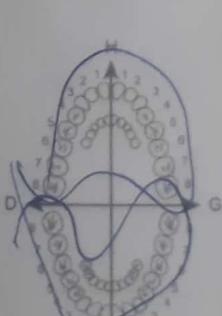
Date de dépôt :

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

Important:

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094002300
	Bilan O.D.F.	D	45	COEFFICIENT DES TRAVAUX D45
				MONTANTS DES SOINS M25
				DEBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION 28/05/2022
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX D90
	H	25633412 00000000	21433552 00000000	
D	00000000 35533411	00000000 11433553	G	
B				MONTANTS DES SOINS 2500
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS 28/05/2022
	Devis 1 ^{er} semestre de travail O.D.F multi-attaché tout et BCS			DATE DE L'EXÉCUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Koumiti Mohamed Réda

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



الدكتور كميتى 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 ومبتدئ سابقًا بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

حاصل على شهادة المركز الدولي لدراسات طب الأسنان

diplôme جامعي في الخبرة الطبية

خبير قضائي محلف لدى المحاكم

Casablanca, le 28/05/2022

Compte rendu clinique de l'enfant: RONNIT FATIMA ZAHRA

ANALYSE CEPHALOMETRIQUE

ENIA: 52, FNA 31, INPA 151, SNF 85, SNE 74

ANB 6, AOB 4, Plan d'ouverture < 12, Angle Z: 60

UL 9, TC 15, MFP: 45, MFA 61, Inclinaison

- Ant: 0,65, INA 30, INT 15, INB 35
INB 9

Diagnostic:

Class II symétrie hyperdivergent pure
retromandibulaire et biprotrusrice

Plan de traitement:

traitement ortho par appareil orthodontique

Brux et Bos et force extra-oraire ou
mouilloir avec extraction de 4 P.M.

Durée du traitement:

6 semestre

Condiction

2 Ans

Doctor M. M. M. D.
Chirurgie Dentaire
St. L. M. D.
Montreal
www.mmdentist.com

Nom et Prénom du patient : Koumtili Fatima Zakaria





Nom du Patient : KONJITI
FATINASAHKA

Nom et Prénom : koulli FATINAZAHRA
Radio Panoramique

