

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8227 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAMLA LI OMAR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0661967067 Total des frais engagés : 15000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/10/2011

Nom et prénom du malade : LAHLALI SHIRIN Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Bilan Dentaire

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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 - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

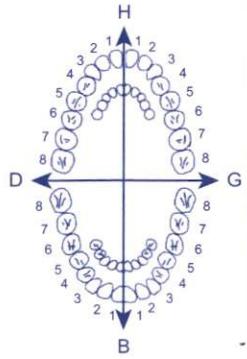
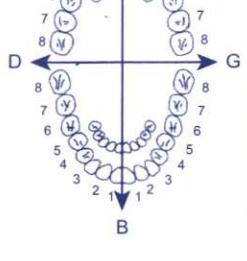
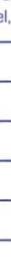
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
 	24/01/24 Bilan Dentaire Radio-pantomographie Téléradiologie de profil Enfaxes + moultages	CÔEFFICIENT DES TRAVAUX 245	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS 1.500,00	
	 H 25533411 21433552 00000000 00000000 35533411 11433553 D 00000000 00000000 B	DATE DU DEVIS 24/01/24	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DE L'EXÉCUTION 24/01/24	
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS CABINET D'ORTHODONTIE DU MAARIF DR. MICHAEL ABRAKHTI ALI Dr. Michael Abrauktali 44 Rue Abou Abdellah Nafir Maâni Casablanca (Place Parking du Maroc) Tel: 23-57-88 / 23-57-93	CÔEFFICIENT DES TRAVAUX 	

Dr. M'CHACHTI ABAKHTI Ali

ORTHODONTISTE

SPECIALISTE EN ORTHOPEDIE DENTO - FACIALE
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER

ORTHODONTIE EXCLUSIVE

Adultes et enfants

44, rue Abou Abdellah Nafii
(Face Parking du Marché) Maârif - Casablanca
Tél. : 022.23.57.88 - Tél./Fax : 022.23.57.93
e-mail : dr.mchachti@iam.net.ma



Casablanca, le 25/01/2024

F A C T U R E

Patente : 35712419 - ICE : 001841066000032
IF: 40703639 - CNSS: 2570382

Mlle. LAHLALI Shirine

Nous soussignés, **CABINET D'ORTHODONTIE DU MAARIF**,

attestons avoir reçu la somme de **1 500,00 dirhams**,
(Mille cinq cents dirhams)

de **Mlle. LAHLALI Shirine**

pour le **Bilan Dentaire**

**CABINET D'ORTHODONTIE
Dr M'CHACHTI ABAKHTI Ali**
ORTHODONTISTE
44, Rue Abou Abdellah Nafii Maârif
Casablanca (Face Parking du Marché)
Tél: 23-57-88 / 23-57-93



Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier
Master Damon® en Orthodontie Paris
Orthodontie Linguale
Invisalign® Provider

Casablanca, le 25/01/2024

Compte Rendu Synthétique Melle LAHLALI Shirine

Toute l'équipe du cabinet d'Orthodontie du Maarif vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à notre consultation.

Dr Ali MCHACHTI vous prie de trouver ci-joint le Compte Rendu Synthétique de votre **Bilan ODF**.

Diagnostic Squelettique :

- Classe II div.1 Squelettique

Diagnostic Dentaire :

- Classe II molaire
- Proalvéolie incisive supérieure
- DDM avec encombrements dentaires modérés

Examen Radiographique :

- Phase de dentition adulte jeune.
- Présence des 4 germes des Dents de Sagesse en cours de minéralisation, les 38/48 en position oblique mésials.

Plan de Traitement :

- Traitement sans extractions
- Multibagues auto-ligaturant type Damon system
- Alignement nivellation
- Expansion maxillaire
- Correction de la DDM
- Correction de la supraclusion incisive
- Stabilisation des arcades
- Elastiques inter-maxillaires de Classe II
- Finitions-Contention
- Surveillance des Dents de Sagesse

En vous remerciant pour votre confiance, je me tiens à votre disposition pour toute information complémentaire, et vous prie de croire en mes meilleurs sentiments.

CABINET D'ORTHODONTIE
DU MAARIF
Dr. M'CHACHTI ABAKHTI
ORTHODONTISTE
44, Rue Abou Abdellah Nafii Maarif
Casablanca (Face Parking du Marché)
Tél: 23-57-88 / 23-57-93

Compte Rendu Photographique Bilan ODF
Melle LAHLALI Shirine

