

## 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

- 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.

**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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 050484

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8227 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : LAHLALI SMAR

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. 0661 967067 Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/10/2020

Nom et prénom du malade : LAHLALI SMAR 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) : .....



### RELEVÉ 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 - RADIOGRAPHIES

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

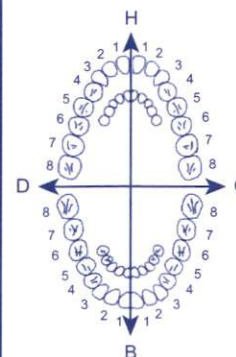
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



24/6/24 Bilan Dentaire  
Radio panoramique  
Téléradiologie  
Empreintes  
+ moulages

COEFFICIENT DES TRAVAUX

245

MONTANTS DES SOINS

1.500,00

DEBUT D'EXECUTION

24/6/24

FIN D'EXECUTION

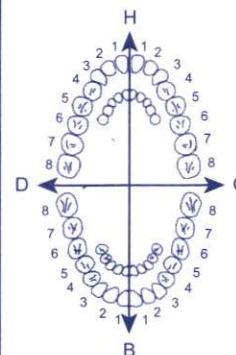
#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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 Ali**  
**ORTHODONTISTE**  
44, Rue Abou Abdellah Nafii  
Casablanca (Face Parking du Marché)  
Tél: 23-57-88 / 23-57-93





Dr Ali MCHACHTI ABAKHTI  
ORTHODONTISTE EXCLUSIF



CABINET  
D'ORTHODONTIE  
*du maarif*

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 mésiaux.

### Plan de Traitement :

- Traitement sans extractions
- Multibagues auto-ligurant type Damon system
- Alignement nivellement
- 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. MCHACHTI 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**

