

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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

M23- N° 0040059

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10317 Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAGIR SIMAN

Date de naissance : 02.07.1976

Adresse :

Tél. : 06 75 99 88 88 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

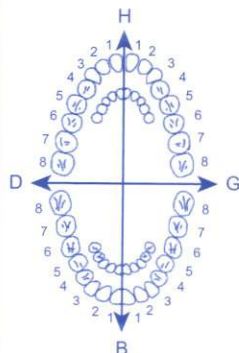
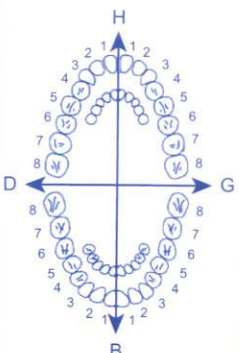
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS 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															
	<div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

[illegible]

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CÖEFFICIENT MASTICATOIRE		CÖEFFICIENT DES TRAVAUX	
<p>A diagram of a dental arch with teeth represented by circles. The top arch is labeled 'H' at the front and 'D' on the left. The bottom arch is labeled 'B' at the front and 'G' on the right. Teeth are numbered 1 through 8 on both sides of the midline for both upper and lower arches.</p>	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		<input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

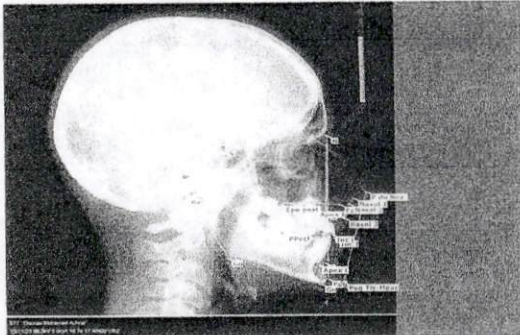
 <p>الضمان الاجتماعي +0108+ +0021+ CNSS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>Reg. ANAM : 11.03.01</p>
	<p>* موافقة مسبقة * Entente préalable *</p>	<p>* تنفيذ * Exécution *</p>	<p>مرجع رقم : 610-1-04</p>	
<p>Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)</p>				
<p>الاسم العائلي والشخصي : DOUAS MOHAMMED</p>		<p>رقم التسجيل : 31-118762</p>		
<p>N° Immatriculation : 100719650</p>		<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية : 31-118762</p>		
<p>N° de la Carte d'Identité Nationale :</p>		<p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *</p>		
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p>		<p>هو نفسه <input type="checkbox"/> Lui même <input type="checkbox"/> ابن <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Conjoint</p>		
<p>العنوان : 74, Lotissement hay Fatma 1^{er} étage, Apppt 1</p>		<p>العنوان :</p>		
<p>Montant des frais : 800,00 Dhs.</p>		<p>مبلغ المصاريف :</p>		
<p>عدد الوثائق المرفقة : 4</p>		<p>عدد الوثائق المرفقة :</p>		
<p>Declaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان</p>				
<p>المستفيد من العلاجات :</p>		<p>الاسم العائلي والشخصي : DOUAS MOHAMMED</p>		
<p>Beneficiaire des soins :</p>		<p>تاريخ الزيادة : 01/11/2010</p>		
<p>Nom et prénom :</p>		<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>		
<p>Date de naissance :</p>		<p>الجنس : * <input checked="" type="checkbox"/> ذكر M <input type="checkbox"/> أنثى F</p>		
<p>N° de la Carte d'Identité Nationale :</p>		<p>Sexe* :</p>		
<p>Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج</p>				
<p>N° INP : 0041493910</p>		<p>الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :</p>		
<p>Type de soins</p>		<p>نوع العلاجات</p>		
<p>Soins* <input type="checkbox"/></p>		<p>علاجات *</p>		
<p>Prothèse* <input type="checkbox"/></p>		<p>البديلة السنية *</p>		
<p>Orthodontie faciale* <input type="checkbox"/></p>		<p>تقويم الأسنان الوجهي *</p>		
<p>Autres* <input type="checkbox"/></p>		<p>علاجات أخرى *</p>		
<p>N° Entente préalable :</p>		<p>رقم الموافقة المسبقة :</p>		
<p>En cas d'accident précisez</p>		<p>في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي :</p>		
<p>Date d'accident</p>		<p>تاريخ :</p>		
<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p>		<p>أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p>		
<p>Fait à : : ب</p>		<p>Fait à : : ب</p>		
<p>Le : : في</p>		<p>Le : : في</p>		
<p>توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)</p>		<p>توقيع وطابع طبيب الأسنان Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste</p>		

- INP : Identification Nationale du Praticien
- * Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع العلامة في الخانة المناسبة

دار المؤمن - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 05 22 54 86 73 الفاكس: 05 22 54 86 73 الموقع على الإنترنت: www.cnss.ma
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07-Fax : 05 22 54 86 73 - Web : www.cnss.ma
مركز الاتصال 08200 7200

Rapport Médical Orthodontique



Analyse Céphalométrique

Date d'analyse : 03/01/2024

Patient : Mr. DOUNAS Mohamed achraf

Date de Naissance : 01/11/2010

Angle	Description	Val. Normale	Val	Verbal	différence
	SNA-angle	82±3°	81,48	Normognathie Maxillaire	0,00
	SNB-angle	80±3°	81,00	Normognathie Mandibulai	0,00
	ANB-angle	2,0±2°	0,48		0,00
	SNPog-angle	82±3°	82,43	Normognathie Mandibulai	0,00
	NSL-angle	130±6°	133,13		0,00
oGn	gonial angle	126±10°	136,27		0,27
NSL	angle entre la ligne <NSL> et <ML>	32±6°	24,99	Hypo Divergence	-1,01
NSL	angle base du crane et plan palatin	8,5±3°	8,48		0,00
NL	angle du plan palatin et plan mandib	23,5±3°	16,46		-3,54
olabial	angle nasolabial	109,8°	159,92	Angle Nasolabial élevé	50,92
	angle interincisal	131±6°	126,04	Angle Interincisal Normal	0,00
<1-NA	axe angle de 1u to N-A	22±3°	34,73	Pro Alveolie	9,73
nd1-NB	axe angle de 1l to N-B	25±3°	22,17	Normo Alveolie	0,00
<1-NSL	angle de l'axe à partir 1u à la base du max	102°	113,68		11,68
nd1-ML	1l axe de angle à la base de la mand	90°	95,11		5,11
NA	Distance de l'incisive sup à NA Ligne	4±2mm	3,69	Normo Alveolie	0,00
NB	Distance de l'incisive sup à NB ligne	4±2mm	6,11	Pro Alveolie	0,11
l-NB	Distance entre la ligne <NB> et point <Pog>	4±2mm	7,76		1,16

Dr. Hicham FFA
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum El-Fa
Casa : Tel: 22 93 48 38

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de médecine
dentaire de Casablanca

Diplôme en Orthodontie de l'Université de
Bourgogne (France)

Diplôme en Implantologie de l'Université
Paul Sabatier (Toulouse)



الدكتور هشام عفار

طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة

بوركون بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة

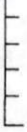
Plan de Traitement

Date : 03/01/2024
Patient : Mr. DOUNAS Mohamed achraf
Date de Naissance 01/11/2010

Dr : Dr. Hicham AFFAR

l'enfant DOUNAS MED ACHRAF âgé de 13 ans est hypodivergent , en classe I
squelettique présentant une cl I molaire droite et gauche et une cl II CANINE
droite et gauche avec une DDM maxillaire et mandibulaire
son traitement va nécessiter un alignement et un nivellement des dents
Son traitement va durer 3ans

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum Errabii El Oulfa
Casablanca 20222
Tél : 05 22 93 48 38

INP : 

Diagn squelettique : Classe I squelettique , Hypo divergent

Diagn dento-squelettique : Inférieur Normo alveolie , Supérieur Pro alveolie

Diagn dento-dentaire : Molaire gauche classe I , Molaire droite classe I
Canine gauche classe II , Canine droite classe II

Diagn esthétique : Inférieur Normo cheilie , Supérieur Pro cheilie

Déviati on : Déviati on sup gauche : 1mm

Surplomb : Overbite : 7mm

Ventilation :

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.

ملحوظ: العملية الجراحية مع تحديد طبيعة

Dr : Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
159, Bd Oum Embil El-Ilfa
Casa : Tél 05 22 93 48 28

تأهيل العمليات المهنية.



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب
Le : 19/01/2024 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 101719650 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 19/01/2024 : إلى
au : 19/01/2024 : إلى

Destinataire المرسل إليه
DOUNAS RACHID

Veillez trouver ci-dessous une récapitulation des
prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la
période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
DOUNAS MOHAMMED ACHRAF											
145061923	03/01/2024	D627	CHIRURGIE DENTAIRE	400,00	87,50	5.00	1,00	87,50	70,00	19/01/2024	61,25
145061923	03/01/2024	D626	CHIRURGIE DENTAIRE	400,00	262,50	15.00	1,00	262,50	70,00	19/01/2024	183,75
Total remboursé				مجموع مبلغ التعويض							245,00
Total général remboursé				مبلغ التعويض الاجمالي							245,00

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام