

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

- Réclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10317 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NACIR SITAN

Date de naissance : 01-07-1976

Adresse :

Tél. : 0675 99 X X X Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 31 JAN 2024 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) :

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 - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

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															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

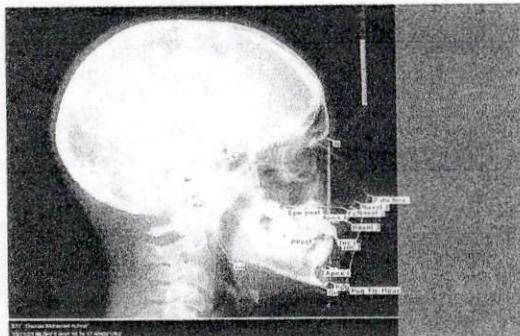
 <p>الضماء الاجتماعي tel: 088+ tolo81+</p> <p>CNSS</p>	<h3>ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان</h3> <h3>Feuille de soins dentaires</h3> <p>* موافقة مسبقة * Entente préalable*</p> <p>* تنفيذ * Exécution*</p>	مديريّة التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire <small>Réf. : 610-1-04 مرجع رقم : 1/233/01 RÉF. ANAM :</small>
خاص بالمؤمن له (لها)		
Partie réservée à l'assuré(e) <p>Nom et prénom : Douas رقم التسجيل : N° Immatriculation : 101719650 رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° de la Carte d'Identité Nationale : علقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) * Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input checked="" type="checkbox"/> Enfant ابن <input type="checkbox"/> هو نفسه <input type="checkbox"/> العنوان : Adresse : 74, Lotissement Hay Fathia, 1^{er} étage, App. 1 Montant des frais : درهم 800,00 Dhs. مبلغ المصاري : Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة : </p>		
<p style="text-align: center;">تصريح طبيب الأسنان Déclaration du Chirurgien Dentiste</p> <p>Bénéficiaire des soins : Douas mohamed achraf المستفيد من العلاجات : Nom et prénom : الاسم العائلي والشخصي : Date de naissance : تاريخ الازدياد : N° de la Carte d'Identité Nationale : رقم بطاقة التعريف الوطنية : Sexe* : M ذكر <input checked="" type="checkbox"/> F أنثى <input type="checkbox"/> الجنس : * </p>		
<p style="text-align: center;">تعريف الطبيب المعالج Identification du Chirurgien Dentiste</p> <p>N° INP 0941409910 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : Type de soins نوع العلاجات : Soins* <input type="checkbox"/> علاجات * Prothèse* <input type="checkbox"/> البذلة السنبلية * Orthodontie faciale* <input type="checkbox"/> تقويم الأسنان الوجهي * Autres* <input type="checkbox"/> علاجات أخرى * </p>		
<p>N° Entente préalable : رقم الموافقة المسبقة : En cas d'accident présez في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي : Date d'accident تاريخ : </p>		
<p style="text-align: center;">أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.</p> <p>Fait à : ب : Le : في : (توقيع المؤمن له (لها)) Signature de l'assuré (e)</p> <p style="text-align: right;">أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المكتوبة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p style="text-align: right;">Fait à : Le : في : (توقيع و طابع 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 داكار - الدار البيضاء، ص.ب. 2186 المربع على الاشتت: 05 22 54 86 73 - 05 22 54 86 07 - 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
Centre d'appels 08200 7200 مرکز الاتصال

Rapport Médical Orthodontique



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

Analyse Céphalométrique

Angle	Description	Val. Normale	Val	Verbal	différence
	SNA-angle	82±3°	81,48	Normognathie Maxillaire	0,00
	SNB-angle	80±3°	81,00	Normognathie Mandibulaire	0,00
3	ANB-angle	2,0±2°	0,48		0,00
log	SNPog-angle	82±3°	82,43	Normognathie Mandibulaire	0,00
	NSBa-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
c1-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
c1-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 à NB ligne	4±2mm	6,11	Pro Alveolie	0,11
NB	Distance entre la ligbe <NB> et point <Pog>	4±2mm	7,76	Normo Alveolie	1,16

Dr. Hicham Chirurgien Dentiste
 Orthodontiste
 156, Bd Oum Erribi El Jadida
 Casablanca
 Tel: 052 293 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
بوركين 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 nivellation des dents
Son traitement va durer 3ans

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, bd Oum Errabii El Oulfa
Casablanca - Tel: 05 22 93 48 38

INP: []

<u>Diagn squelettique</u>	:	<u>Classe I squeletique , Hypo divergent</u>
<u>Diagn dento-squelettique</u>	:	<u>Inférieur Normo alveolie , Supérieur Pro alveolie</u>
<u>Diagn dento-dentaire</u>	:	<u>Molaire gauche classe I , Molaire droite classe I Canine gauche classe II , Canine droite classe II</u>
<u>Diagn esthétique</u>	:	<u>Inférieur Normo cheilie , Supérieur Pro cheilie</u>
<u>Déviation</u>	:	<u>Déviation sup gauche : 1mm</u>
<u>Surplomb</u>	:	<u>Overbite :7mm</u>
<u>Ventilation</u>	:	

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.

بِعَدَتْرُبْ بَحْرَيْ تَمَّا يَخْرُجُوا يَوْمَهُمْ

~~Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Cabinet Dentiste
15m Bd Oum El-Béchir
Casablanca - Tel 052 93 48 38~~

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de medecine dentaire de Casablanca

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

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



بر. هشام عفار

راح للأسنان

ليلة طب الأسنا

طب الأسنان بالدار البيضاء

على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركوفن بفرنسا

على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

ICE 001758290000007 - INP 094149390 - IF 51457012 - N° Cnss 7018311 - N° patente 3501543

Note d'honoraires

Mr. DOUNAS Mohamed achraf

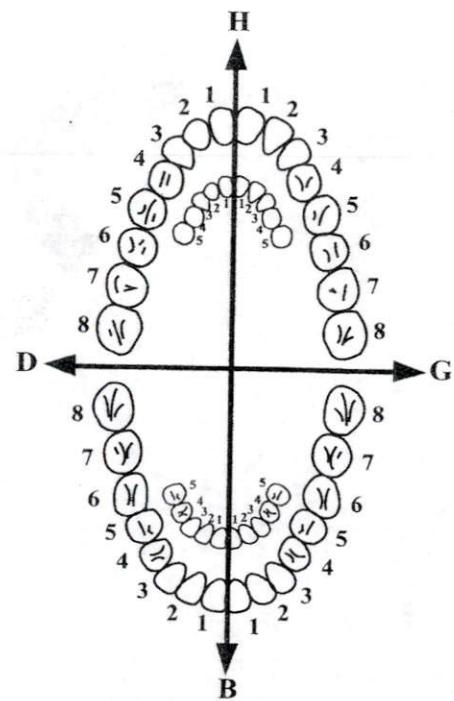
Casablanca, le 03/0

Dents	Date	Acte	Code	Coef.	M
	03/01/2024	Bilan ODF		D45	

Montant global : **800,00 MAD**

HUIT CENTS DIRHAMS

~~Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Ortez de Leon 12
15h-18h
Casablanca
Tel: 0522 93 48 38~~



ير السن المعالج، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة
عامها طبقاً للدليل العمليات المهنية.

