

193898

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 soin 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : peo@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 - Béma Etagé Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
N° M21- 074579

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>360</u>	Société : <u>RAN</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>SEKKAT ALI 193898</u>			
Date de naissance : <u>26/10/1969</u>			
Adresse : <u>153 Lot NAURASS DAR BOUZZA CASABLANCA</u>			
Tél : <u>05 22 20 45 45</u> Total des frais engagés : <u>0</u>			

Cadre réservé au Médecin			
Docteur <u>Charaf BENNIS</u> ORTHODONTISTE Cachet du médecin : <u>6 Rue Abou Zaid Eddaboussi Ex Rue Nekka Quartier Velodrome 20100 Casablanca Tél: 0522 39 10 12</u>			
Date de consultation : <u>01/02/2024</u>			
Nom et prénom du malade : <u>SEKKAT Rayan</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>SEINS OAF</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>0</u>			
Dans le cas où le malade 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 : <u>CASA</u> Le : <u>01/02/2024</u>			
Signature de l'adhérent(e) : <u>SEKKAT Rayan</u>			

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° M21- 74579	
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).	
Matricule : <u>360</u>	Nombre d'adhérent(e) : <u>1</u>
Total des frais engagés : <u>0</u>	
Date de dépôt : <u>01/02/2024</u>	

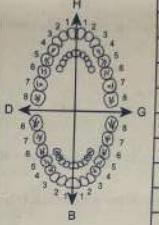
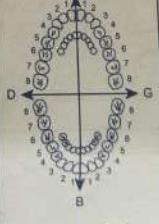
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
...
...
...

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
		A M	P C	I M	I V	
...
...
...

VOLET ADHERENT		DETAT
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES					
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>					
 <p>SOINS DENTAIRES</p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		
		
		
		
 <p>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</p>	H	25533412 21433552 00000000 00000000	G	MONTANTS DES SOINS	
	D	00000000 00000000 35533411 11433553	B		
		
		
		
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p>H 25533412 21433552 00000000 00000000</p> <p>D - 00000000 00000000 35533411 11433553</p> <p>B</p> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>1er Semestre ODF</p>	H	25533412 21433552 00000000 00000000	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	D	00000000 00000000 35533411 11433553	B		
		
		
		
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS 6 Rue Alfred Esabando (Ex Rue Nekke) Quartier Vélodrome 20100 Asabando Tél 05 22 39 07 11</p> <p>Docteur <i>Carola BENNIS</i></p>	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				MONTANTS DES SOINS
	
	
	
	
<p>DATE DU DEVIS</p> <p>01/02/24</p>					DATE DE L'EXECUTION
	
	
	
	

Dr. Charafa Bennis Hamoumi
Orthodontiste
Diplômée de la faculté de Médecine de TOULOUSE

Spécialiste en ORTHOPÉDIE DENTO FACIALE
Master Européen "OF DAMON"
Master Européen en Orthodontie Transparente INVISALIGN
Orthopédie du jeune enfant et de l'adolescent
Orthodontie de l'adolescent et de l'adulte
Orthodontie du senior

*** Examen de l'occlusion:
Malocclusion classe II :
-Bout à bout canine et prémolaire à droite
-Classe I à gauche
-overjet 5 mm
-overbite 5 mm

** Fonctionnel:
dort bouche ouverte

PLAN DE TRAITEMENT PROPOSÉ

1// Bilan ORL et rétablir une respiration nasale physiologique

2// Je propose un traitement orthodontique et orthopédique aux deux arcades :

** préparation des arcades :

- redressement du torque
- alignement dentaire par distalisation des 6

** avancée mandibulaire orthopédique jusqu'à la classe I dentaire

*** maintenir l'avancée mandibulaire pendant au moins 1 an pour stabiliser la correction de la classe II

** finition intercuspidation en classe I

3// contention de longue durée aux deux arcades

4// surveillance de la croissance mandibulaire

5// réévaluation de l'éruption des dents de sagesse à l'âge de 16 ans

Docteur Charafa BENNIS
Orthodontiste
6 Rue Abou Zaid Eddaboussi
Ex Rue Necker
Casablanca
Tel: 0522 39 62 12
Tel: 0522 39 62 11
Tel: 0522 39 62 12

DR C. BENNIS

6, Rue Abou Zaid Eddaboussi (Ex rue Necker) Quartier Vélodrome - 20100 - Casablanca
Tel: 0522 39 62 10 / 0522 39 62 11 / 0522 39 62 12
Email: cabinet.usmile@gmail.com - Site web: usmile.ma

Docteur Charafa BENNIS
ORTHODONTISTE
6. Rue abou Zaid Eddaboussi
(Ex Rue Necker) - Quartier Velodrome
20100 - Casablanca
Tél: 0522 39 07 12

SEKKAT RAYAN

Radio panoramique



B14 : SEKKAT Rayane
04/09/23 70.0kV 10.0mA 15.6s 127.0mGy/cm²
Provider Default

Téléradio de Profil



B14 : SEKKAT Rayane
04/09/23 70.0kV 16.0mA 10.0s 49.9mGy/cm²
Provider Default

Docteur Charafa BENNIS
ORTHODONTISTE
6. Rue abou Zaid Eddaboussi
(Ex Rue Necker) - Quartier Velodrome
20100 - Casablanca
Tél: 0522 39 07 12

Casablanca, le 1^{er}/2/2024

SEKKAT
RAYAN

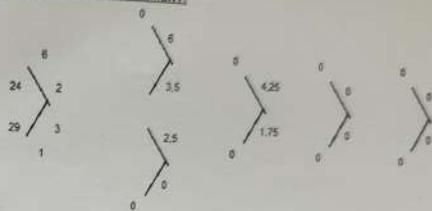
13 ans et 2 mois
Date radio: 04/09/2023



	Norme	Valeur
SNA	80 °	81
SNB	88 °	75
SN D	76 °	73
ANB	2 °	6
AcBo	0 mm	2
SE	22 mm	7
SL	51 mm	23
GoGn/SN	32 °	33
FMA	25 °	24
HFP/HFAI	< 0.69	0.61
HFAI/HFAT	0.55	0.52
SN/Francfort	7 °	12
GoGn/ENA-ENP	20 °	23
WNA	22 °	24
I to NA	4 mm	2
INB	25 °	29
I to NB	4 mm	3
MPA	90 °	96
Pog to NB		1
Oc/CoSN	14 °	17
W	131 °	121
Lèvre sup / S	0 mm	1
Lèvre inf / S	0 mm	1

Docteur Charafa BENNIS
6 Rue ORTHOPÉDISTE
Ex Rue abou Zait Eddaboussi
20100 Casablanca
Tél: 0522 39 72 01 12

PROSPECTIVE DE TRAITEMENT:



BOITE DE STEINER:

	+	-
Encombrement		
Rep 1		
Courbe de Spee		
Rep 6		
Expansion		
E Space		
TM		
Blan 1		
Extractions		
Blan 2		
Total		

RÉSUMÉ DU TRAITEMENT:

Arcade mandibulaire:
- extractions: mm
- repartitionement incisif: mm
- ancrage molaire: mm

Arcade maxillaire:
- extractions: mm
- repartitionement incisif: mm
- déplacement molaires: mm

DEPLACEMENTS DENTAIRES:

