

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, spécialités, extractions multiples, parodontologie orthodontique, 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 canaux, 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 canaux.

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

- 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 Alail Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alail Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LQ) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M22- 0017642

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9676

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MAJIDI IBRAHIM

Autre : HICHAAM

Date de naissance : 15/11/1968

Adresse : AL MAZAMBAR 3 IMMEUBLE 11501

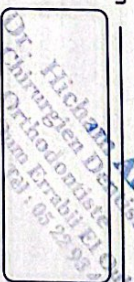
Tél : 0696.066.091

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/11/2022

Nom et prénom du malade : EL MAJIDI IBRAHIM

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Traumatisme ORL

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/11/2022

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0017642

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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

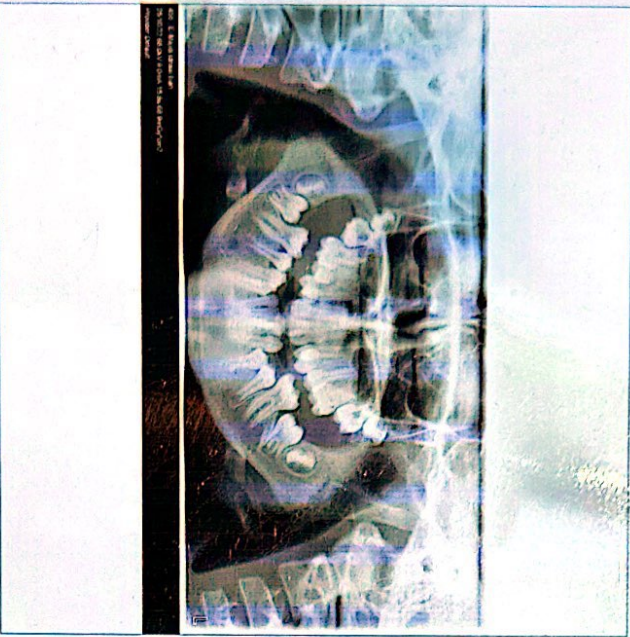
خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء
حصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوردو بفرنسا
حصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

Patient : **EL MAJIDI IDRISSE Ylia**

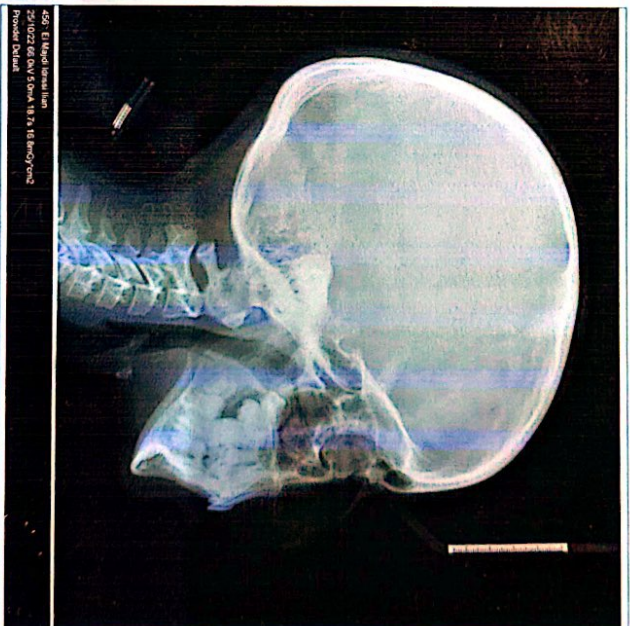
Dents : _____

Date :

Date :



Observation :



Observation :

156, bd. Oum Errabii 1er Etage - El Oulfa, Tel. : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20222
156, شارع أم الربيع الألف - الطابق الأول الهاتف : 05.22.93.48.39 - الدار البيضاء

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 تولوز

El majidi idrissi Ylia

Casablanca, 25/10/2022

COMPTE RENDU

- RADIO PANORAMIQUE :

- Dents de sagesse à l'état de derme .
- Dents immature .

- RADIO DE PROFIL :

- Patiente hyper divergente .
- Dents de sagesse à l'état de germe .

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd. Oum Errabia 1er Etage - El Oulfa
Casablanca - Tél : 05 22 93 48 38

156, bd. Oum Errabia 1er Etage - El Oulfa - Tél. : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20222
156, شارع أم الربيع الألف - الطابق الأول الهاتف : 05.22.93.48.39 - الدار البيضاء

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 تولوز

ORDONNANCE

Casablanca, le 25/10/2022

Enfant Ylia EL MAJIDI IDRISI

RADIO PANORAMIQUE

TELERADIO DE PROFIL

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

156, bd. Oum Errabii 1er Etage - El Oulfa - Tél. : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20222
156, شارع أم الربيع الألف - الطابق الأول الهاتف : 05.22.93.48.39 - الدار البيضاء

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



حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

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, parodontologie 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Le 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 - Gema Etage Angle Rue Mohamed Fakr et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (UG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M22- 0029064

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9676

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MAJID IDRISI HICHAM

Date de naissance : 15/04/68

Adresse : 44442 ALBAH 3 IMME ART 01

Tél. : 0676 066091

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11 / 11 / 2022

Nom et prénom du malade : EL MAJID IDRISI HICHAM

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 : 11 / 11 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0029064

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible][illegible]

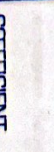
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Hichem Orthodontiste 150, Bd. Qum Errabi El Albania - Tél : 05 22 23	29/10/22	128 parodontique + dépense	200.00 200.00

[illegible][illegible]

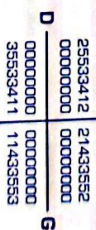
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Important :
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Important :
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

ACCOUNT



Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

1

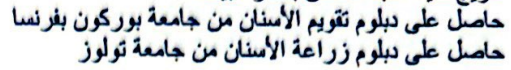
DALE
L'EXECUTION

11

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

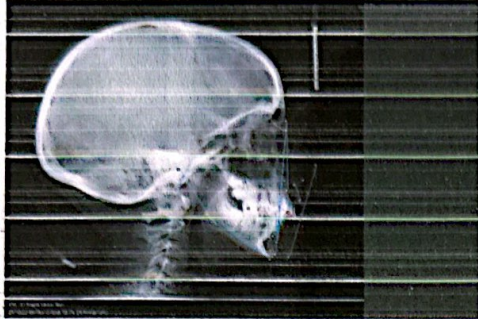
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



Analysis Cephalo

Rapport Médical Orthodontique



Date d'analyse : 11/11/2022
 Patient : Enfant EL MAJIDI IDRISSE Ylia
 Date de Naissance : 04/05/2010

Analyse Céphalométrique

Angle	Description	Val. Normale	Val	Verbal	difference
SNA	SNA-angle	82±3°	75,35	Retrognathie Maxillaire	-3,65
SNB	SNB-angle	80±3°	70,55	Retrognathie Mandibulaire	-6,45
ANB	ANB-angle	2,0±2°	4,80		0,80
SNPog	SNPog-angle	82±3°	70,26	Retrognathie Mandibulaire	-8,74
NSBa	NSBa-angle	130±6°	130,84		0,00
arGoGn	gonial angle	126±10°	154,37		18,37
ML NSL	angle entre la ligne <NSL> et <ML>	32±6°	49,28	Hyper Divergence	11,28
NL NSL	angle base du crane et plan palatin	8,5±3°	11,64		0,64
ML NL	angle du plan palatin et plan mandib	23,5±3°	37,52		11,52
Nasolabial	angle nasolabial	109,8°	102,59	Angle Nasolabial Réduit	-6,41
II	angle interincisal	131±6°	116,84	Angle Interincisal Réduit	-8,16
Max1-NA	axe angle de 1u to N-A	22±3°	32,01	Pro Alveolie	7,01
Mand1-NB	axe angle de 1l to N-B	25±3°	29,32	Pro Alveolie	1,32
Max1-NSL	angle de l'axe à partir 1u à la base du max	102°	103,73		1,73
Mand1-ML	1l axe de angle à la base de la mand	90°	88,16		-1,84
1u-NA	Distance de l'incisive sup à NA Ligne	4±2mm	2,54	Normo Alveolie	0,00
1l-NB	Distance de l'incisive sup à à NB ligne	4±2mm	8,54	Pro Alveolie	2,54
Pog-NB	Distance entre la ligne <NB> et point <Pog>	4±2mm	2,31		0,00

Diagnostic

Diagn squelettique : Classe II squelettique , Hyper divergent

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

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

Diagn esthétique : Inférieur Retro cheille , Supérieur Retro cheille

Déviati on :

Surplomb : Overbite 2mm
Overjet : 2mm

Ventilation : Buccale

Dr. Hicham A. B. R.
Chirurgien-dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum el-Khadra
Casablanca - Tél: 05 22 95 43 44



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 : 15/11/2022
Patient : Enfant EL MAJIDI IDRISI Ylia
Date de Naissance 04/05/2010

Dr : Dr. Hicham AFFAR

Melle EL MAJIDI YLIA est une patiente hyperdivergente , en classe II
squelettique , présentant une classe I molaire gauche et une classe II molaire
droite et canines gauches et droite
Le traitement va consister en une disjonction du maxillaire et un alignement et
un nivellement des dents
Le traitement va durer 3 ans

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
156, Bd. Oum Errabia 1er Etage - El Oulfa - Casablanca - Tél. : 05 22 93 48 38

156,bd. Oum Errabia 1er Etage - El Oulfa - Tél. : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20222

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

- o Réclamation : contact@mupras.com
- o Prise en charge : pec@mupras.com
- o 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 Alia Ben Abdelilah - Gerné Eage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Alia Ben Abdelilah - Quartier de l'Hortologie Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (US) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M22- 0029062

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8676

Société : FAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MABILI IBRAHIM HICHAH

Date de naissance : 15/10/1968

Adresse : ALMAZ AMELAR 3 ENMEJER ABT 01

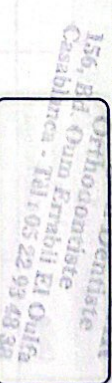
Tél : 0676066021

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/11/2022

Nom et prénom du malade : EL MAJIDI Idrissi Yilm

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Bilan ODR

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 : CASABLANCA Le : 11/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0029062

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 :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 :</p> <p>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
<p>OD.F. PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p>H 25539412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 35539411 11433553 B</p> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>Bilan ODF. - Analyse céphale. - Etude de maloc. - Diagnostique. - Plan de traitement.</p> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS 400,00</p> <p>DATE DE L'EXECUTION 11/11/22</p>				
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p> <p>Cashblanca - Tél: 05 22 93 48 38</p>				