

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 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

- 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-716842

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-716842

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][illegible][illegible]

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

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	<div>044177368</div>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div> <div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>B</div> </div> <div>G</div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX	D90x6
			MONTANTS DES SOINS	9000 Dh
			DATE DU DEVIS	07/03/23
			DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur **ABID Ahlam**
Dentiste

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ~~ABID~~ Ahlam
Chirurgien Dentiste

Tél.: 05 28 22 53 76

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 07/03/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : e-mail : Phones :
Nom et Prénom de l'adhérent :
Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. ABID Ahlam **Docteur ABID Ahlam**
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. AOUSS YASSINE **Chirurgien Dentiste**
Nécessite traitement orthodontique (ODF) **Tél.: 05 28 22 53 76**
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) D540

Une hospitalisation de (approximatif)
A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

ODF

Cachet, date et signature du praticien

Docteur ABID Ahlam
Chirurgien Dentiste
Tél.: 05 28 22 53 76

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Docteur ABID AHLAM
Chirurgien dentiste



الدكتورة عبيد أحلام
طبيبة جراحة للأسنان

DEVIS

DATE : 07/03/2023

Nom et prénom du patient : AOUSS YASSINE

Actes à réaliser : Traitement orthodontique (ODF)

*La durée du traitement est de 6 semestres.

*Le coefficient de l'acte est de $D90 \times 6 = D540$

*Le coût du traitement est de 1.500,00Dhs /semestre (Mille cinq cent dirhams par semestre)

*Le coût global du traitement est donc de 9000,00Dhs (Neuf mille dirhams)

Signature de l'adhérent :

Signature du médecin :

Docteur ABID Ahlam
Chirurgien Dentiste
Tél.: 05 28 22 53 76

Adresse : Quartier SALAM n°515, app :2, AGADIR, MAROC

العنوان: حي السلام 515 ، رقم: 2 ، أكادير.المغرب .

Tél : 0528225376

email : ahlam.203@hotmail.com

INPE : 044177368
n°CNSS : 5505211

ICE : 001817220000085
Patente : 67516126

IF : 75769970

CENTRE DENTAIRE EZZINE

COMPTE RENDU D'UNE PANORAMIQUE

Patient : AOUSS YASSINE

Date de réalisation : 01/03/2023

- Trame osseuse de densité normale
- Absence de la 45
- Traitement canalaire sur la 36
- Obturation coronaire sur la 36, 46

Docteur **ABID Ahlam**
Chirurgien Dentiste
Tél.: 05 28 22 53 76

Dr. **Amir Ezzine**
Médecin dentiste/implantologue
App N°2 Lot 8344 Hay Mohammadi
Tél: 05 28 21 46 20



Date : 07/03/2023

Nom et prénom du patient : AOUSS YASSINE

Traitement orthodontique.

* **L'étude céphalométrique** présente les mesures suivantes :

Céphalométrie :	Valeur calculée :	Interprétation :
SNA	80°	Légère Rétromaxillie sup
SNB	75°	Légère rétromandibulie
ANB	5°	Cl 2 squelettique
I/NA	29°	Proalvéolie supérieure
i/NB	29°	Proalvéolie inférieure
I /i	120°	biproalvéolie
GoGn/SN	33°	Normodivergent.
SND	71°	Menton reculé

***Diagnostic :**

- * Classe squelettique : Classe 2 squelettique.
- * Divergence de la manibule : Normodivergent.
- * Diagnostic alvéolo-dentaire : Classe 2 Angle + DDM

Docteur ABID Ahlam
Chirurgien Dentiste

Tél.: 05 28 22 53 76

Adresse : Quartier SALAM n°515, app :2, AGADIR, MAROC

العنوان: حي السلام 515 ، رقم: 2 ، أكادير. المغرب

Tél : 0528225376

INPE : 044177368
n°CNSS : 5505211

ICE : 001817220000085
Patente : 67516126

IF :75769970

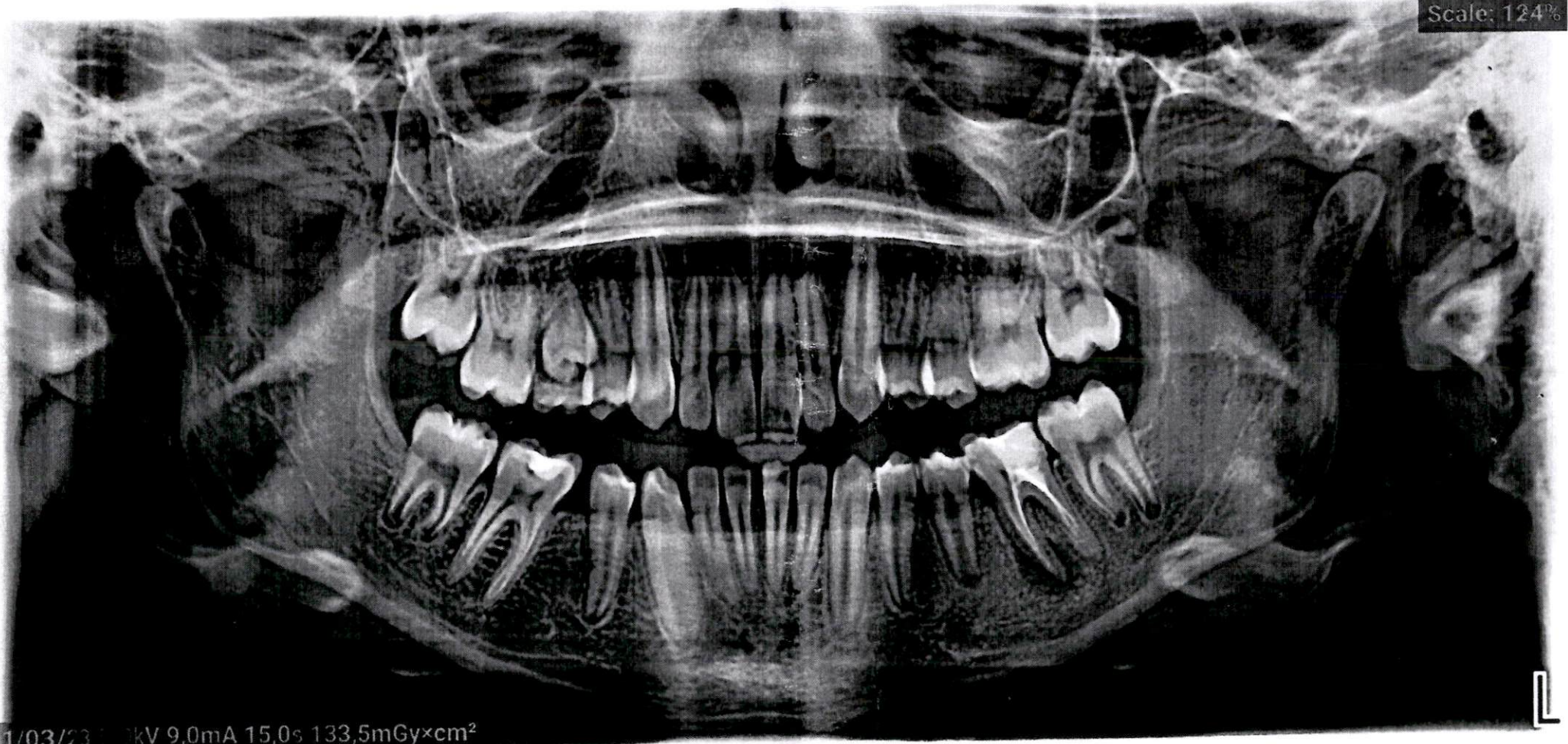
AOUSS YASSINE

ID 206649

DOB 23/11/09



Scale: 124%



01/03/23 70kV 9,0mA 15,0s 133,5mGy×cm²

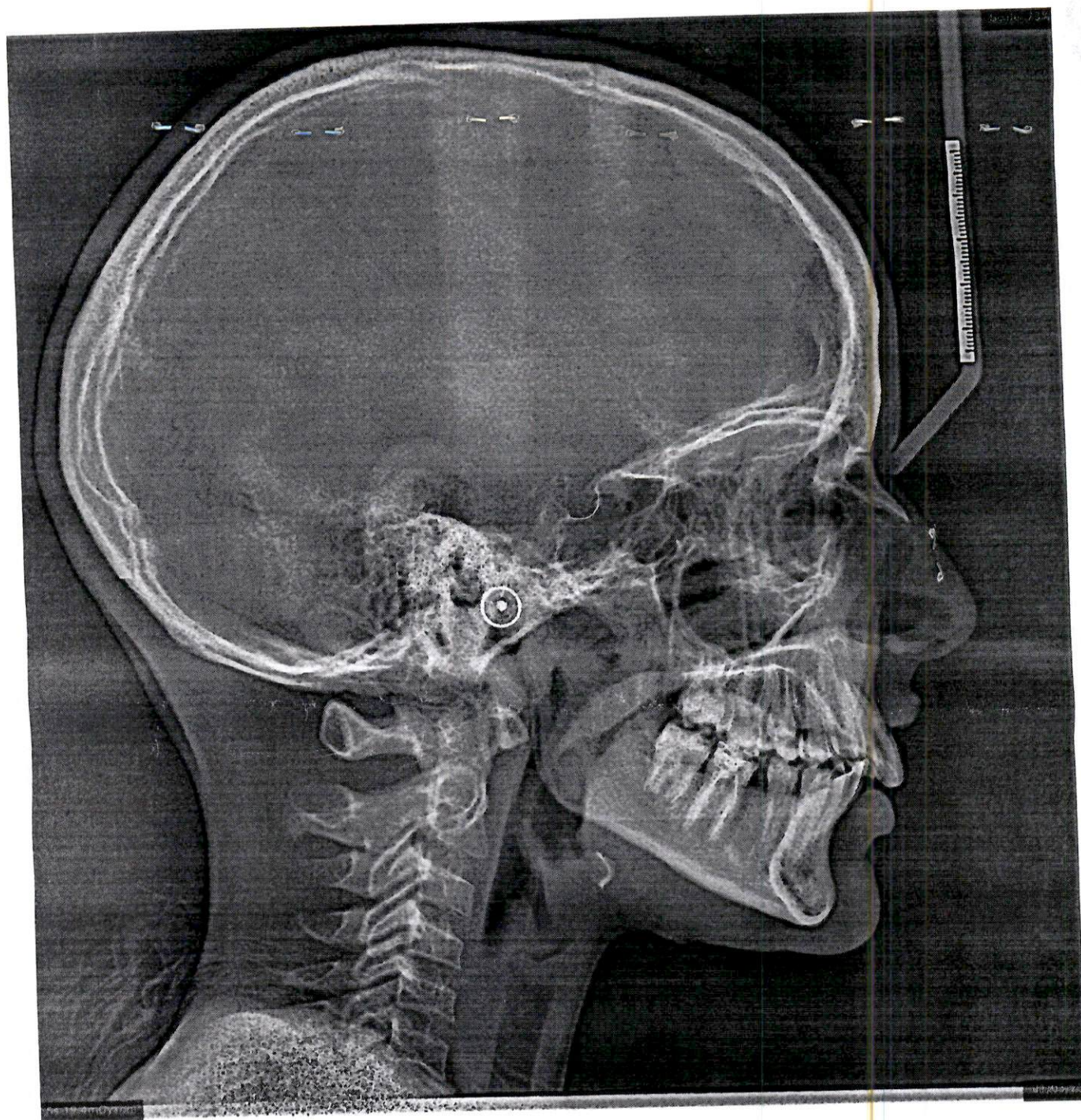
Dr. Amine Ezzine
Médecin dentiste, implantologue
App N°2 Lot 3344 - Mohammadi
Anis 10
31/03/20

Docteur ABID Ahlam
Chirurgien Dentiste
Tél.: 05 28 22 53 76

Centre dentaire Ezzine
Hay mohemmadi(en face de M'sella)
AGADIR
0528214620

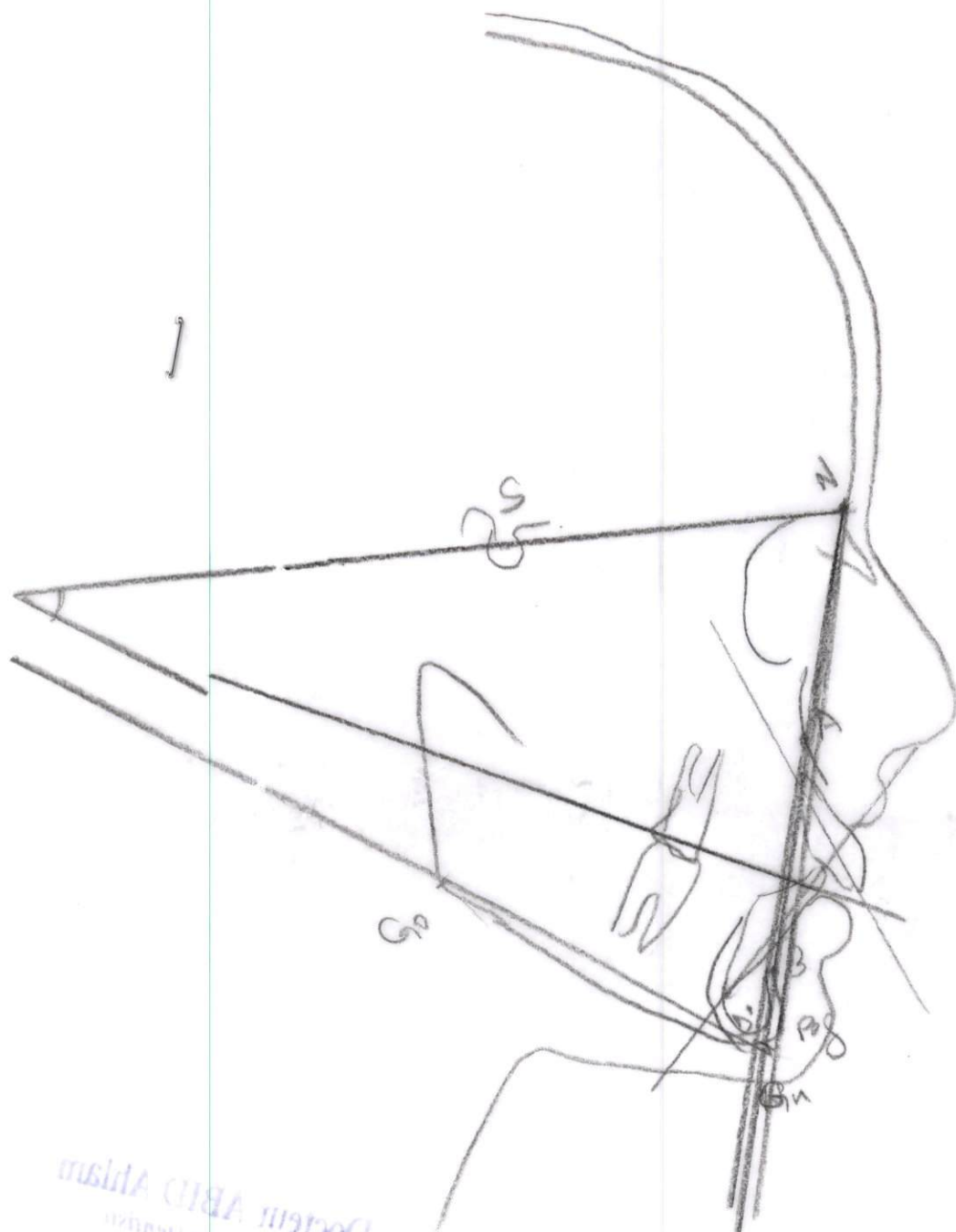
AOUSS YASSINE
Date de naissance 23/11/09

Planme
Rome



Dr. Amine Ezzine
Medecin dentiste/implantologue
Appt 2201 Hay mohemmadi

Docteur ABID Ahlam
~~Chirurgien Dentiste~~
Tél.: 05 28 22 53 76



Docetiv ABID Aplanu
Tep: 02 28 22 22 22
Tep: 02 28 22 22 22