

## 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

- 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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.rbm](http://www.mupras.rbm)

AOUDIR  
ouvrir  
pec  
AEE  
Dent  
Optique  
Autres

R-A-N  
AS4618

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

**Maladie**  **Dentaire**  
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 324916 Société : R-A-N

**Actif**  **Pensionné(e)**  **Autre**: AOUSS SIDI

Nom & Prénom : 23/12/1970

Date de naissance : 23/12/1970

Adresse : N° 1, Annasim 1, Hay Al Fathia, AT NASSERA, 22170 Mellouli

Tél. : 0661343602 Total des frais engagés : 0 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

**Cadre réservé au Médecin**

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/03/2023

Nom et prénom du malade : AOUSS YASSINE Age: 13 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ODF

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 : Agadir Le : 04/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : M R ACCUEIL

**VOLET ADHÉRENT**

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 :

### 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
				INP : <input type="text"/>

### 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
	07/03/2023		

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

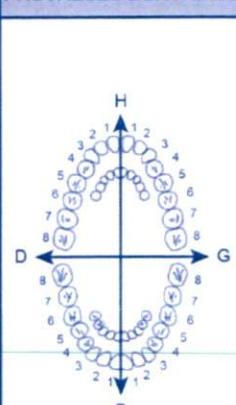
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			INR : <input type="text"/> 044177368
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

### ODF PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DEVIS ODF

D629  
6 semestres

Dgox6

Good Day

07/03/23

### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Docteur ABID Ahlam  
Chirurgien Dentiste

Tél.: 05 28 22 53 76

### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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

Estime quel l'état de santé de Mlle, Mme, M. AOUSS YASSINE

Nécessite 1 aitement aérointérain (ODF)

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) D 540

**Docteur ABID Ahlam**

*Chirurgien Dentiste*

Tél.: 05 28 22 53 76

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 عبيدة أحلام  
طبيبة جراحية 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\*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 : 00181722000085**  
**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. Amine Ezzine  
Médecin dentiste/implantologue  
App N°2 Lot 1344 Hay mohammadi  
Tunisie  
Tél. 05 28 21 46 20



Date : 07/03/2023

Nom et prénom du patient : AOUSS YASSINE

**Traitemen<sup>t</sup> 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

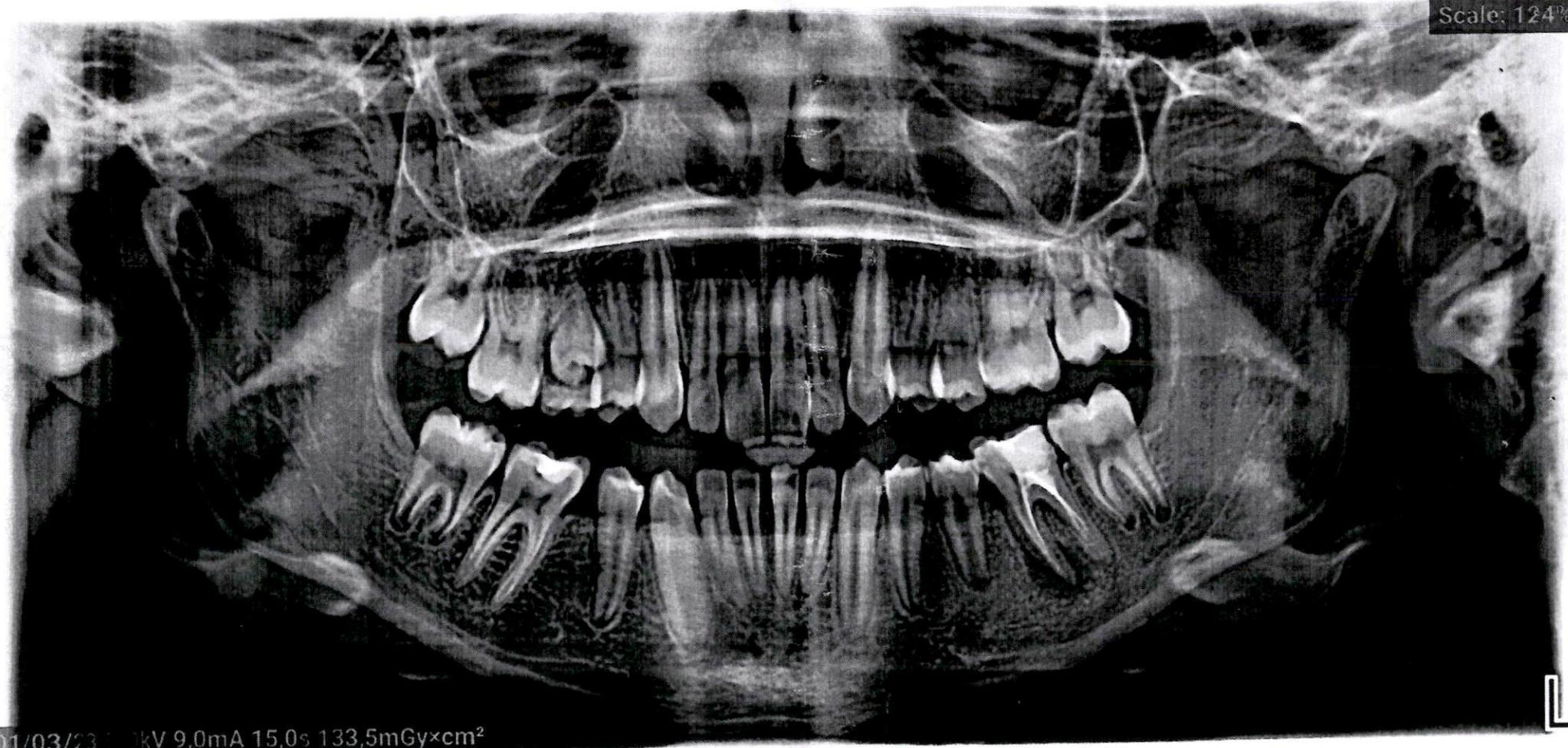
ICE : 001817220000085  
Patente : 67516126

IF : 75769970

AOUSS YASSINE  
ID 206649  
DOB 23/11/09



Scale: 124%



01/03/23 | kV 9,0mA 15,0s 133,5mGy×cm<sup>2</sup>

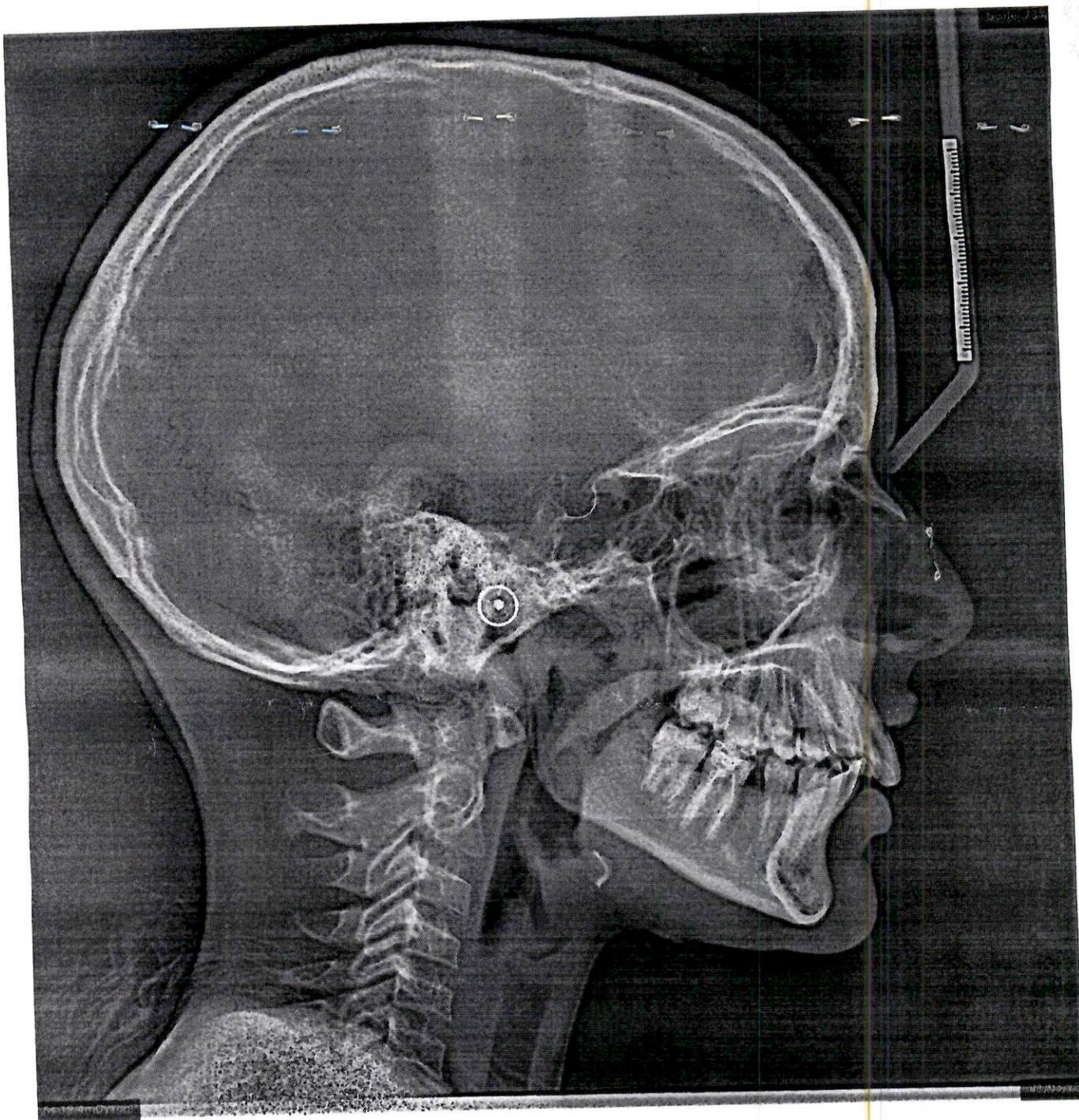
Dr. Amine Ezzine  
Medecin dentiste, implantologue  
App N°2 Lot 3344 1000 Monastir  
Tunisie

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

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

AOUSS YASSINE  
Date de naissance 23/11/09

Planme  
Rome



Dr. Amine Ezzine  
Medecin dentiste/implantologue  
Agadir - Hay mohemmedi

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

