

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 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

- 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 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



Déclaration de Maladie

N° W21-671299

Rec. ASR

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8655 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUMEN Mohamed

Date de naissance : 20/04/70

Adresse : /

Tél. : 0661086349 Total des frais engagés : Dhs.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/12/23

Nom et prénom du malade : MOUMEN Khadija Age : 11

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : O.D.P.

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 : ASR Le : 02/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-671299

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 : Denis

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
				INP : <input type="text"/>

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/> INP : 094165271																
				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 border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
	Devis pour HTH ODF de 6 semaines			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS 			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

CENTRE DENTAIRE

Dr HACHIM Chafik

Médecin Chirurgien Dentiste

Ex-attaché au CHU IBN ROCHD

ORTHODONTIE • BLANCHIMENT • ESTHETIQUE
PROTHÈSE • SOINS • CHIRURGIE • PARODONTIE



مركز طب الأسنان

د. هاشم شفيق

طبيب جراح للأسنان

معلق سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

تقويم الأسنان • تبييض • تجميل • تعويض
علاج • جراحة • امراض اللثة • أشعة رقمية

Denis
Berrechid, le : 28/12/2023 : برشيد، في
Patient : Khadija MOUMIN

Date	Dents	Traitement a effectuer	Coefficient	Honoraires
	##	ODF 6 semaines	D540	14500
Total		14500		

NP: 094165271



شارع محمد الخامس، حي اليسر، تجزئة 5، الطابق الثاني شقة 4 - برشيد
Bd. Mohammed V, Hay Al Yousr, Lot. 5, 2^{ème} Etage, Appt. 4 - Berrechid

☎ 0522 32 52 29 - E-mail : dr.hachim.dent@gmail.com

Rapport Orthodontie

Rhadija Moumin

Analyse	Valeur	Signification clinique
6-ptv	0mm	
SNA 82°+2°	89°	Prognathie max
SND 76°+2°	77°	
SNB 80°+2°	79°	
ANB 2° +2°	10°	CLASSE 2 SQUELETTIQUE
Ba/SN 130°	137°	
AoBo 2mm +-2	0mm	CLASSE 1 SQUELETTIQUE
FMA (Angle du plan mandibulaire) 25°+-3°	40°	Hyperdivergent
SNM (Angle SN/plan mandibulaire) 32°	40°	
i/A-Pog 1mm +-2mm	0mm	
Convexité 2mm +-2mm	0mm	
Hauteur faciale inférieur 0°+-2.5°	47°	
Hauteur faciale totale 60° +-3°	61°	
Angle Mac Horris 90°+-10°	97°	
i/A-Pog 22° +-4°	23°	
FMIA 67°+-3°	47°	Proalvéolie inf
IMPA 90°+-5°	93°	Proalvéolie inf
Z Angle 75°-78°	70°	Profil convexe
Position lèvre	0mm	

inférieur 2mm +-2		
U1-NA 4mm	0.00mm	
L1-NB 4mm	0.00mm	
I/F 107°	102°	Normoalvéolie
I/i 130°	126°	Biproalvéolie
GoGnSN 32°+-5°	38°	
Angle Facial 90°+-3°	80°	
Oc/SN 14°	26°	
Oc/Fr 10°	26°	
Axe Y/Fr 60° +-4°	74°	
Facial axis Pt-Gn/N-Ba 90±3.5°	93°	
Index F 0.69°	72°	
A-B Plane -4.6°+/-4.6°	15°	
Co-A Max lenght	0mm	
Co-Gn Mand lenght	0mm	
Max-Mand diff 20-33 mm	0mm	
LFH Angle Xi ANS PM: 45°+-4°	47°	
Mand arc 26°+-4°	55°	
Ramus Xi pos 76°+-3°	87°	
Xi-Occlusal line 1mm	0mm	
Xi-PM/OL 22.5°	16°	
I to PM 90°+-3	93°	
Hauteur faciale inférieur (HFI)	47.4	

Dr. HANIM Chafik
Dentiste
0522 32 52 29
Appel 4 - Berrechid

