

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 soins 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



Déclaration de Maladie

Nº W21-671299

Pec ASR

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	8655	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MDM
Nom & Prénom :		Mohamed	
Date de naissance :		20/04/70	
Adresse :			
Tél. :		0661096349	
Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : 		
Date de consultation : Nom et prénom du malade : Lien de parenté : 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.	Date de consultation : 19/12/2023 Nom et prénom du malade : Moumen Rhadija Age: 41 Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 		

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 : 05/01/2024 Le : 02/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	Déclaration de maladie		
	Nº 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 : _____ Nom de l'adhérent(e) : Denis 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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

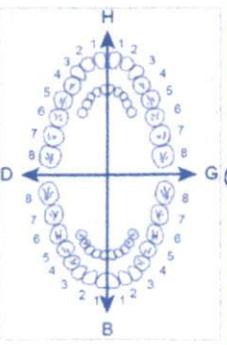
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]
onctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Dellis pour tti DAT
OPF de 6 semestri DEV

$$\begin{array}{r} 190 \\ \times 6 \\ \hline \end{array}$$

145068M

28/12/2023

ANSWER

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Dr. HICHAM CHAFIK
Médecin de la famille - Dentiste
Boulevard Hassan II Hayat Indust. lot 5, 2^e Etage
APPL 4 B 0522 32 52 29

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

CENTRE **DENTAIRE**

Dr HACHIM Chafik

Médecin Chirurgien Dentiste
Ex-attaché au CHU IBN ROCHD

**ORTHODONTIE • BLANCHIMENT • ESTHÉTIQUE
PROTHÈSE • SOINS • CHIRURGIE • PARODONTIE**



مركز طب الأسنان

د. هاشم شفیق

طیب جراح للأسنان

ملحق سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

تقديم الأسنان · تبييض · تجميل · تعويض
علاج · حرارة · أمراض اللثة · أشعة رقمية

DEMI

Berrechid, le : 28/12/2023

Patient: Khadija MOUMIN

Date	Dents	Traitement à effectuer	Coefficient	Honoraires
		HT ODF 6 sinusites	Dr 40	14 500 Dhs
Total				14 500 Dhs

شارع محمد الخامس، حي اليسير، 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

Rhadia Mounain

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 Morris 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	



