

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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.

RAS : 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14735 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Rouhi HAFSA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.20.86.22 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

Nº P19-039247 EIL

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 :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF	= Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
SFI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM	= Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP	= Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z	= Electro - Radiologie
B	= Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous enveloppe confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

OSPITALISATION EN CLINIQUE

OSPITALISATION EN HOPITAL

OSPITALISATION EN SANATORIUM OU EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit de actes répétés en plusieurs séances ou actes comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.

~~PHACCORD~~

casa-anfa

DATE DE DEPOT

RETOUR / RETOUR / RETOUR / RETOUR

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma



REB MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

FEUILLE DE SOINS 1610249

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Rouhia HAFSA
Matricule : M235 Fonction : CIC Poste :
Adresse R. A. BENAHMED ENNEICHAA N°21 Casablanca
Tél. : 0667208622 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Latchini Yasmine Age 21 05 018
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
Date de la première visite du médecin : 2013/12/10
Nature de la maladie :
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A Casa, le 20/03/19 Durée d'utilisation 3 mois
Signature et cachet du médecin
Dr BENLEMTHA Yasmine Chirurgien Dentiste
33 Bd Hassan II Casa
Tel 022 22 22 22

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Chet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Chet et Signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Chet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H D B	Acc Dentist Deux point accord.		MONTANT DES SOINS
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		DEBUT D'EXECUTION
	H D B	25533412 21433552 00000000 00000000 35533411 11433553	G G	FIN D'EXECUTION
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H D B	HT ODF ht + bas		MONTANT DES SOINS
		du 20/05/19 au 20/05/19		DATE DU DEVIS
	H D B	au 20/05/19 au 20/05/19		DATE DE L'EXECUTION
		Dr BENLEMILH Yasmina Chirurgien Dentiste Orthodontiste 13 Bd Bir Anzarane - Casa Tél 022 23 44 79		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE VISAGE DENTISTE
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
				Dr BENLEMILH Yasmina Chirurgien Dentiste Orthodontiste 33 Bd Bir Anzarane - Casa Tél 022 23 44 79

Centre Dentaire

Dr.Yasmina BENLEMLIH

Orthodontie - Parodontie

Implantologie - invisalign

Diplômée de la F.M.D.C

Ancienne Attachée au CCTD de Casablanca

FACTURE N° : FA252/19



مركز طب الأسنان

د. ياسمينة بن الملحق

تقويم الأسنان - علاج اللثة

زرع الأسنان - تبييض

خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

ملحقات سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن الروز

Casablanca le: 14/05/2019

l'enfant LATCHINI Youmna

DATE	Dent	Actes	Code	Honoraires
14/05/2019	0	traitement ortho		2000

Total : 2 000,00

Arrêté la présente Facture à la somme de : DEUX MILLE

Dr. BENLEMLIH Yasmina
 Chirurgien Dentiste
 Orthodontiste
 32, Bd. Bir Anzarane 1er étage N° 2
 au dessus de Moumni Bir Anzarane
 Casablanca - Tél.: 06 22 23 44 79

ICE:001740630000072 INP:094011459 PAT:40800282

32, Bd Bir Anzarane, 1^{er} étage , N° 2 - au dessus de Moumni Bir Anzarane - Casablanca

شارع بئر أنزاران، الطابق الأول، رقم 2 - فوق مومني بئر أنزاران

Tél. : 05 22 23 44 79 - E-mail : yasminabenlemlih2019@gmail.com

Dr benlemlih yasmina

**Cherurgien dentiste_orthodontie_orthodontie_parodontie
implantologie**

La patient : latchini yomna

Présente :

SnA=82° LE MAXILLAIRE EST NORMAL

SNB=78° LA MANDIBULE EST RETRUSIVE

Présente une :

Cl II due à une mandibule retrusive



GoGn à SN=36°

UN TYPE FACIAL LONG

HAUTEUR DU VISAGE Sup=56

Hauteur du visage inf=55

La proposition est normal

Position I-NA=4mm

I-NB=9mm

La mandibule est retrusive

Sur le plan dentaire double DDM chevauchement anterosup et antero_inf

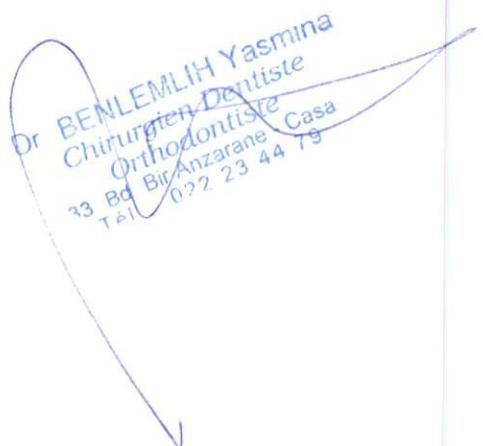
Avec cl II avec extraction 14/24

Li=118°

INA= 26°

INB=144°

NB=12 mm



La patient est en Cl II AVEC MANDIBULE RéTRUSIVE