

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

09/02/2023

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10217		Société : Royal Air Maroc	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Nacer Sihai		Date de naissance : 02.07.1976	
Adresse : 74 Lot HAFIZAH AFT L EGAZ		Tél. 065 99 16 78	
Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	



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.						
<p>SOINS DENTAIRES</p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	
					Coefficient DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES						
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 D 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 G 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>Montant des Honoraires</p>	H	G	25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	
	H	G				
	25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553				
	B					
					MONTANTS DES SOINS	
					DATE DU DEVIS	
					DATE DE L'EXECUTION	

 <p>العنوان الاجتماعي tel: 088 + tel: 087 CNSS</p>	ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire
		Ref. : 610-1-04 مرجع رقم : 1.2.0.51 Réf. ANAM :
خاص بالمؤمن له (ها)		
Partie réservée à l'assuré(e)		
Nom et prénom : <u>DAUNAS RACHID</u> الاسم العائلي و الشخصي :		
N° Immatriculation : <u>1417196510</u> رقم التسجيل :		
N° de la Carte d'Identité Nationale : <u>3KAA8762</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية :		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) * <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> هو نفسه		
Adresse : <u>70, LT Huda, FAFAH ET 6149PT1 Oued El Kebir, 1004</u> العنوان :		
Montant des frais : <u>3000</u> Dhs. مبلغ المصارييف :		
Nombre de pièces jointes : <u>1</u> عدد الوثائق المرفقة :		
Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان		
Bénéficiaire des soins : <u>Daunas Mohammed achraf</u> المستفيد من العلاجات : Nom et prénom : <u>Daunas Mohammed achraf</u> الاسم العائلي و الشخصي :		
Date de naissance : <u>1980</u> تاريخ الازدياد :		
N° de la Carte d'Identité Nationale : <u>1417196510</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية :		
Sexe* : <input checked="" type="checkbox"/> M ذكر <input type="checkbox"/> F أنثى * الجنس :		
Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج		
N° INP <u>10944149390</u> الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :		
Type de soins نوع العلاجات		
Soins* <input type="checkbox"/> علاجات *		
Prothèse* <input type="checkbox"/> البذلة السنية*		
Orthodontie faciale* <input type="checkbox"/> تقويم الأسنان الوجهية*		
Autres* <input type="checkbox"/> علاجات أخرى *		
N° Entente préalable : <u>1417196510</u> رقم المعاقة المسبقة :		
En cas d'accident précisez : <u>1417196510</u> في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي :		
Date d'accident : <u>1417196510</u> تاريخ :		
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.		
Fait à : ب : Le : في : <u>توقيع المؤمن له (ها)</u> Signature de l'assuré (e)		
Fait à : ب : Le : في : <u>توقيع و طابع الطبيب المعالج</u> Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste <i>Dr. Chirurgien Dentiste</i>		
* ضع العلامة في الخانة المناسبة		

وصف العمليات المجرأة						
أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
—	1 en Sommeille ODR	01/03/24	—	D.02	3000,00	Dr. M. J. Licham F.A.R Chirurgien Dentiste 136, rue de la Corneille 75011 Paris Tél. 01 43 93 98 38

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.

على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة العلاجات و كذا معاملها طبقاً لنطلي العمليات المهنية.

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE



الدكتور هشام عفار

طبيب جراح للكسر

Diplôme de la faculté de medecine
dentaire de Casablanca

Diplôme en Orthodontie de l'Université de
Bourgogne (France)

Diplôme en Implantologie de l'Université

Paul Sabatier - Toulouse

TCE : 004788290000007 - INP : 094149390 - IF: 51457012 - N° Cnss : 7018311 - N° patente : 35015436

خرج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء
حاصل على شهادة تقويم الأسنان من جامعة نور كون

برنسا

حاصل على شهادة زراعة الأسنان من جامعة تولوز

Note d'honoraires

Mr. DOUNAS Mohamed achraf

Casablanca, le 01/03/2024

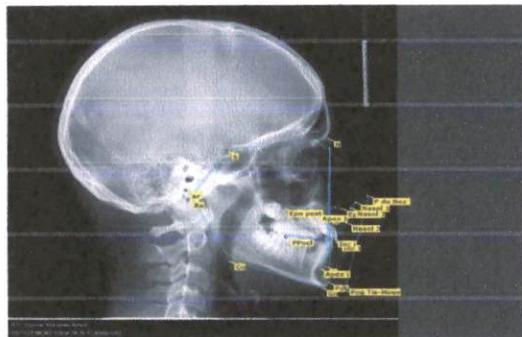
Dents	Date	Acte	Code	Coef.	Montant
	01/03/2024	1er semestre		D90	3000,00

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156^e Bd Oum Errabia El Oulema
Casablanca - Tel 05 22 93 48 38

Montant global : **3 000,00 MAD**

TROIS MILLE DIRHAMS

Rapport Médical Orthodontique



Date d'analyse : 03/01/2024

Patient : Mr. DOUNAS Mohamed achraf

Date de Naissance : 01/11/2010

Analyse Céphalométrique

Angle	Description	Val. Normale	Val	Verbal	différence
SNA	SNA-angle	82±3°	81,48	Normognathie Maxillaire	0,00
SNB	SNB-angle	80±3°	81,00	Normognathie Mandibulai	0,00
ANB	ANB-angle	2,0±2°	0,48		0,00
SNPog	SNPog-angle	82±3°	82,43	Normognathie Mandibulai	0,00
NSBa	NSBa-angle	130±6°	133,13		0,00
arGoGn	gonial angle	126±10°	136,27		0,27
ML NSL	angle entre la ligne <NSL> et <ML>	32±6°	24,99	Hypo Divergence	-1,01
NL NSL	angle base du crane et plan palatin	8,5±3°	8,48		0,00
ML NL	angle du plan palatin et plan mandib	23,5±3°	16,46		-3,54
Nasolabial	angle nasolabial	109,8°	159,92	Angle Nasolabial élevé	50,92
II	angle interincisal	131±6°	126,04	Angle Interincisal Normal	0,00
Max1-NA	axe angle de 1u to N-A	22±3°	34,73	Pro Alveolie	9,73
Mand1-NB	axe angle de 1l to N-B	25±3°	22,17	Normo Alveolie	0,00
Max1-NSL	angle de l'axe à partir 1u à la base du max	102°	113,68		11,68
Mand1-ML	1l axe de angle à la base de la mand	90°	95,11		5,11
1u-NA	Distance de l'incisive sup à NA Ligne	4±2mm	3,69	Normo Alveolie	0,00
1l-NB	Distance de l'incisive sup à à NB ligne	4±2mm	6,11	Pro Alveolie	0,11
Pog-NB	Distance entre la ligbe <NB> et point <Pog>	4±2mm	7,16		1,16

Dr . Hicham AFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum Errabbi El Oulfa
Casab : Tel 05 22 93 48 38

Docteur Hicham AFFAR
CHIRURGIEN DENTISTE
Diplôme de la faculté de medecine
dentaire de Casablanca
Diplôme en Orthodontie de l'Université de
Bourgogne (France)
Diplôme en Implantologie de l'Université
Paul Sabatier (Toulouse)



الدكتور هشام عفار
طبيب جراح للأسنان
خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء
حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة
بوركمن بفرنسا
حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة

Plan de Traitement

Date : 06/03/2024

Patient : Mr. DOUNAS Mohamed achraf

Date de Naissance 01/11/2010

Dr : Dr. Hicham AFFAR

l'enfant DOUNAS MED ACHRAF âgé de 13 ans est hypodivergent , en classe I squelettique présentant une cl I molaire droite et gauche et une cl II CANINE droite et gauche avec une DDM maxillaire et mandibulaire
son traitement va nécessiter un alignement et un nivellation des dents
Son traitement va durer 3ans

Dr . Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156^e Bd Oum Errabii El Oulfa
Casablanca Tel 05 22 93 48 38



الجهة المختصة
الجهة المختصة
CNSS

Casablanca, le 06/02/2024 الدار البيضاء، في



Direction des Prestations AMO

مديرية تعويضات التأمين الإجباري عن المرض

MR DOUNAS RACHID
HAY HASSANI APPT 19 N 19 DB
ATTAAOUNE
20230 CASABLANCA

Réf : N° d'immatriculation :

101719650

رقم التسجيل :

Utilisateur : R8429

Objet: Avis favorable de l'entente préalable

Madame, Monsieur,

En réponse à votre dossier d'entente préalable numéro
reçu le

05/01/2024

97977667

جوابا على ملفكم رقم

المتعلق بالموافقة المسبقة والذي وافيتونا به

nous vous faisons part de notre accord pour :

نطلعكم على موافقتنا بخصوص :

L'assuré

DOUNAS RACHID

المؤمن له

Le bénéficiaire

DOUNAS MOHAMMED ACHRAF

المستفيد

Le prescripteur

AFFAR HICHAM

الطبيب الواصل

La quantité

Semestre 1

الكمية

Le montant base de remboursement

1500 DH

المبلغ أساس التعويض

Le présent accord vous est délivré, pour vous permettre de bénéficier du remboursement des frais engagés dans la limite de la quantité indiquée ci-dessus, et en application de la tarification nationale de référence.

هذه الموافقة سلّمت لكم قصد الاستفادة من تعويض المبالغ المصرّوفة، في حدود الكمية المحددة أعلاه وتطبيقاً للتعرّفة الوطنية المرجعية.

Nous vous signalons que cette attestation est valable 90 jours à compter de la date de sa délivrance si votre droit administratif est ouvert.

كما نحيطكم علماً أن هذه الشهادة صالحة لمدة 90 يوماً من تاريخ الإصدار وذلك إذا توفرت شروط الاستفادة من خدمات التأمين الصحي.

Aussi, nous vous signalons que le dépassement de la validité de l'entente préalable rend le présent accord sans effet.

كما نثّير انتباهم إلى أن عدم تلقي العلاجات داخل هذه الأجال، يفقد هذه الموافقة صلاحيتها.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

وتفضلو سيدتي، سيدتي، بقبول خالص تحياتنا.

قسم الموافقة المسبقة و التحمل

Division Accords Préalables & Prises en Charge

DIAGNOSTIC

Diagn squelettique : Classe I squeletique , Hypo divergent

Diagn dento-squelettique : Inférieur Normo alveolie , Supérieur Pro alveolie

Diagn dento-dentaire : Molaire gauche classe I , Molaire droite classe I
Canine gauche classe II , Canine droite classe II

Diagn esthétique : Inférieur Normo cheilie , Supérieur Pro cheilie

Déviation : Déviation sup gauche : 1mm

Surplomb : Overbite :7mm

Ventilation :

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum Erabbi El Jifa
Casablanca - Tel 0522 93 48 38