

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

- Reclamation : 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

W21-834667

200299

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10214 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NACIR SIHAT

Date de naissance : 02.07.1976

Adresse : 34 Lot HAF FAIEH APT 1 ETG 2

AVLFA

Tél. 675 99 18 70 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 :

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) :

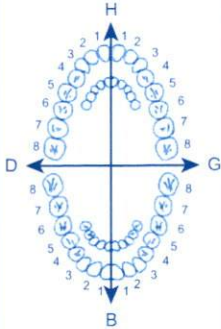
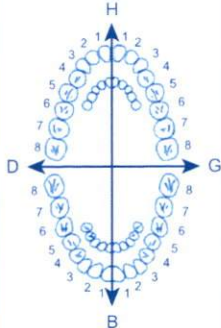
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	
					Coefficient DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
					DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
					FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 				Coefficient DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: left;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: right;"> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>					
[Création, remont, adjonction] <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

[illegible]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

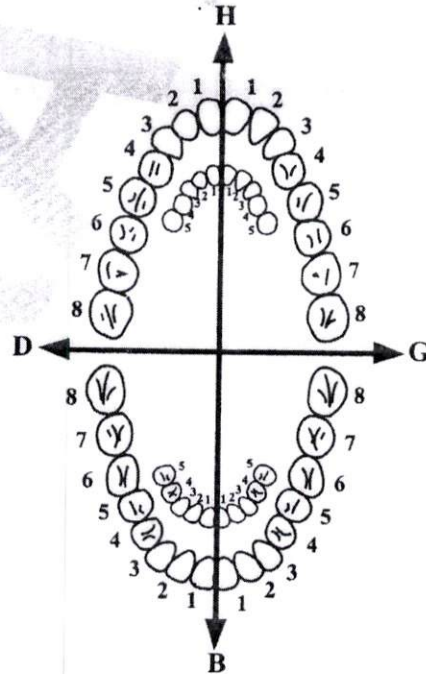
<p>الضمان الاجتماعي +01108+ +06088+ CNS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins dentaires</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; text-align: center;"> * موافقة مسبقة * Entente préalable* </td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; text-align: center;"> * تنفيذ * Exécution* </td> </tr> </table>	* موافقة مسبقة * Entente préalable*	* تنفيذ * Exécution*	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p> <p style="font-size: small;">Réf. : 610-1-04 مرجع رقم</p> <p style="font-size: x-small; text-align: right;">REGANAM : 1.2.03.01</p>
* موافقة مسبقة * Entente préalable*	* تنفيذ * Exécution*			
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)				
Nom et prénom : <u>DOUNAS RACHID</u> : الاسم العائلي و الشخصي :				
N° Immatriculation : <u>19941493810</u> : رقم التسجيل :				
N° de la Carte d'Identité Nationale : <u>BK118762</u> : رقم بطاقة التعريف الوطنية :				
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) *				
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input checked="" type="checkbox"/> ابن Lui même <input type="checkbox"/> هو نفسه				
Adresse : <u>74, L. HADDJ, FATAH ETG 1 APPT 1, OULFA, ALGER</u> : العنوان :				
Montant des frais : <u>3000</u> Dhs. : مبلغ المصاريف :				
Nombre de pièces jointes : <u>2</u> : عدد الوثائق المرفقة :				
Déclaration du Chirurgien Dentiste تصريح طبيب الأسنان				
Bénéficiaire des soins : <u>Dounas Mohammed achraf</u> : المستفيد من العلاجات :				
Nom et prénom : : الاسم العائلي و الشخصي :				
Date de naissance : <u>11/11/1982</u> : تاريخ الميلاد :				
N° de la Carte d'Identité Nationale : <u>1111111111</u> : رقم بطاقة التعريف الوطنية :				
Sexe* : M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى : الجنس :				
Identification du Chirurgien Dentiste تعريف الطبيب المعالج				
N° INP <u>19941493810</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 الوجهي *				
Autres* <input type="checkbox"/> : علاجات أخرى *				
N° Entente préalable : <u>1111111111</u> : رقم الموافقة المسبقة :				
En cas d'accident précisez : في حالة حادث، يرجى تحديد ما يلي :				
Date d'accident : <u>11/11/1982</u> : تاريخ :				
<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : : ب</p> <p>Le : <u>11/11/1982</u> : في</p> <p style="text-align: center;">توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)</p>	<p>أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : : ب</p> <p>Le : <u>11/11/1982</u> : في</p> <p style="text-align: center;">توقيع و طابع الطبيب المعالج Cachet et Signature du Chirurgien Dentiste</p>			

- INP : Identification Nationale du Praticien
- * Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع العلامة في الخانة المناسبة

دار المؤمن - ماحة داکار - الدار البيضاء من. ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 05 22 54 86 07 الفاكس: 05 22 54 86 73 الموقع على الإنترنت: www.cns.ma
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. : 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07-Fax : 05 22 54 86 73 - Web : www.cns.ma
مركز الاتصال 08200 7200 Centre d'appels

Description des actes effectués						وصف العمليات المجراة
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 وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
—	1 en Semestre OAR	01/03/24	—	D.92	3000,00	Dr. Hicham FAK Chirurgien Dentiste 156, boulevard de la République Casablanca 20100 - 93 48 58



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 المجراة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملها طبقاً للدليل العمليات المهنية.

Diplôme de la faculté de médecine
dentaire de Casablanca
Diplôme en Orthodontie de l'Université de
Bourgogne (France)
Diplôme en Implantologie de l'Université
Paul Sabatier (Toulouse)
ICE : 0017882900000007 - INP : 09

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء
حاصل على دبلومه تفقيده الأسنان من جامعة نورثون
نفراسا
حاصل على دبلومه زراعة الأسنان من جامعة تولوز

CE : 0017882900000007 - INP : 094149390 - IF: 51457012 - N° Cnss : 7018311 : - N° patente : 35015436

Mr. DOUNAS Mohamed achraf

Casablanca, le 01/03/2024

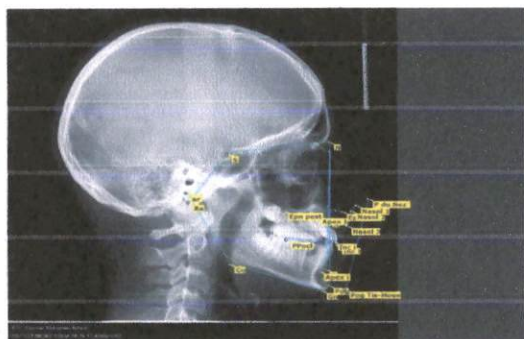
[illegible]

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

TROIS MILLE DIRHAMS

~~Dr. Licham Affar
Chirurgien Dentiste
Ortodontiste
156, Bd Oum Erranji El Felfla
Cosa : Tel 05 22 93 48 38~~

Rapport Médical Orthodontique



Analyse Céphalométrique

Date d'analyse : 03/01/2024
 Patient : Mr. DOUNAS Mohamed achraf
 Date de Naissance : 01/11/2010

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 AFFAR
 Chirurgien Dentiste
 Orthodontiste
 156, Bd Oum Erribi El Oulfa
 Casa : Tel 05 21 93 48 38

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de médecine
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

بوركون 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 nivellement des dents
Son traitement va durer 3ans

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum Errabii El Oulfa
Casa - Tél 05 22 93 48 38



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

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

الموضوع : قبول الموافقة المسبقة

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse à votre dossier d'entente préalable numéro
reçu le 05/01/2024

97977667

جوابا على ملفكم رقم

المتعلق بالموافقة المسبقة والذي وافيتمونا 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 الوصف

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 سلمت لكم قصد الاستفادة من تعويض المبالغ المصروفة، في حدود الكمية المحددة أعلاه وتطبيقا للتعرفة الوطنية المرجعية.

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

كما نحيطكم علما أن هذه الشهادة صالحة لمدة 90 يوما 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 نشير انتباهكم إلى أن عدم تلقي العلاجات داخل هذه الأجل، يفقد هذه الموافقة صلاحيتها.

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

وتفضلو سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا.

قسم الموافقة المسبقة و التحمل

Division Accords Préalables & Prises en Charge

DIAGNOSTIC

Diagn squelettique : Classe I squelettique , 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

Déviati on : Déviati on sup gauche : 1mm

Surplomb : Overbite :7mm

Ventilation :

Dr : Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum Errabi El Cilla
Casa : Tel 05 22 93 48 38