

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

- 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 radiographie de soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Langue 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

- 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.



Déclaration de Maladie

Nº W21-819634

ACC
Casa pratica

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8359	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Bousbina KHALID			
Date de naissance :	16-01-66		
Adresse :	CONF CITY VOY VILLE VERTE Bousbina		
Tél. 0663722708	Total des frais engagés :		4 500 DHS

Autorisation ENDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Mohammed SENHAJ Chirurgien Dentiste Orthodontie - Implantologie 5, Rue Goulin Cu. des 4 saisons 1er Etage - Casablanca Tel : 0522 26 92 29 / 0694 31 11 aux </div>
Date de consultation :	3, 29/03/2024
Nom et prénom du malade :	Rousbyna Lina
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Prothésie dentaire
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	15 MAR. 2024
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 :.....

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 5 / 5 / 2029

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		
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
		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				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX 200 MONTANTS DES SOINS 4500 DATE DU DEVIS 5/2/2022 DATE DE L'EXECUTION 14/3/2022 <small>Dr. Mohammad SENHAJ, Chirurgien Dentiste, Orthodontiste, 5, Rue Général De Gaulle, 106013, Tél: 0522 26 92 06, Fax: 0522 26 92 06, E-mail: Dr.Mohammed.Senhadji@orange.dz</small>
H 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
<i>Demande pour confection d'un appareil de orthodontie</i>				
<i>Dr. Mohammad SENHAJ, Chirurgien Dentiste, Orthodontiste, 5, Rue Général De Gaulle, 106013, Tél: 0522 26 92 06, Fax: 0522 26 92 06, E-mail: Dr.Mohammed.Senhadji@orange.dz</i>				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
Dr. Mohammad SENHAJ, Chirurgien Dentiste, Orthodontiste, 5, Rue Général De Gaulle, 106013, Tél: 0522 26 92 06, Fax: 0522 26 92 06, E-mail: Dr.Mohammed.Senhadji@orange.dz				
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				

N° Dossier: 194307 

N° Dossier externe: PEC-08359/09-02-24

Type de dossier: DENTAIRE 

Bénéficiaire: BOUSBINA LINA

Situation: Notifié 

Sous-situation: --- 

Date de début: 09-02-2024 

Date de fin: 

Date de saisie: 09-02-2024

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [▼]

Date	Type	Commentaire
13-02-2024	Manuel	ACC D180 CCM 36 (ET NON ZIRCONE) S/R RX APRES NETTE DR MED SENF

Dr. Mohammed SENHAJL

*Chirurgien Dentiste
Orthodontie de L'adulte
et de L'enfant
Implantologie*



الدكتور الصنهاجي محمد

**طبيب جراحي للأسنان
تقديم الأسنان للإنجليز
والصغار
ذرع الأسنان**

14/3/2024

Patient

Reen

du

9^{me}

Zoushrou

l'int

*la date de 4500 dh
(quatre mille cinq cent dh)
nouvelles factures
Réservé au*



5, Rue Galien Quartier des Hopitaux, Yer Etage - Casablanca

Tél : 05 22 26 92 29 - GSM : 06 61 31 94 32

03/02/2024

Chart No: 20220818_114840

Name: bousbina lina Gender: Femme Age: 20Y

Dr. Mohammed SENHAJI
Chirurgien Dentiste ORAL
Orthodontie - Implantologie
5,Rue Galien Qu. des Hôpitaux
1er Etage - Casablanca
Tel :0522 26 92 29 / 0661 31 94 32



Ratio: 518,33% 0[kVp] 0[mA] 0,000 dGyCm²[DAP] Capteur Intra-oral 36 03/02/2024

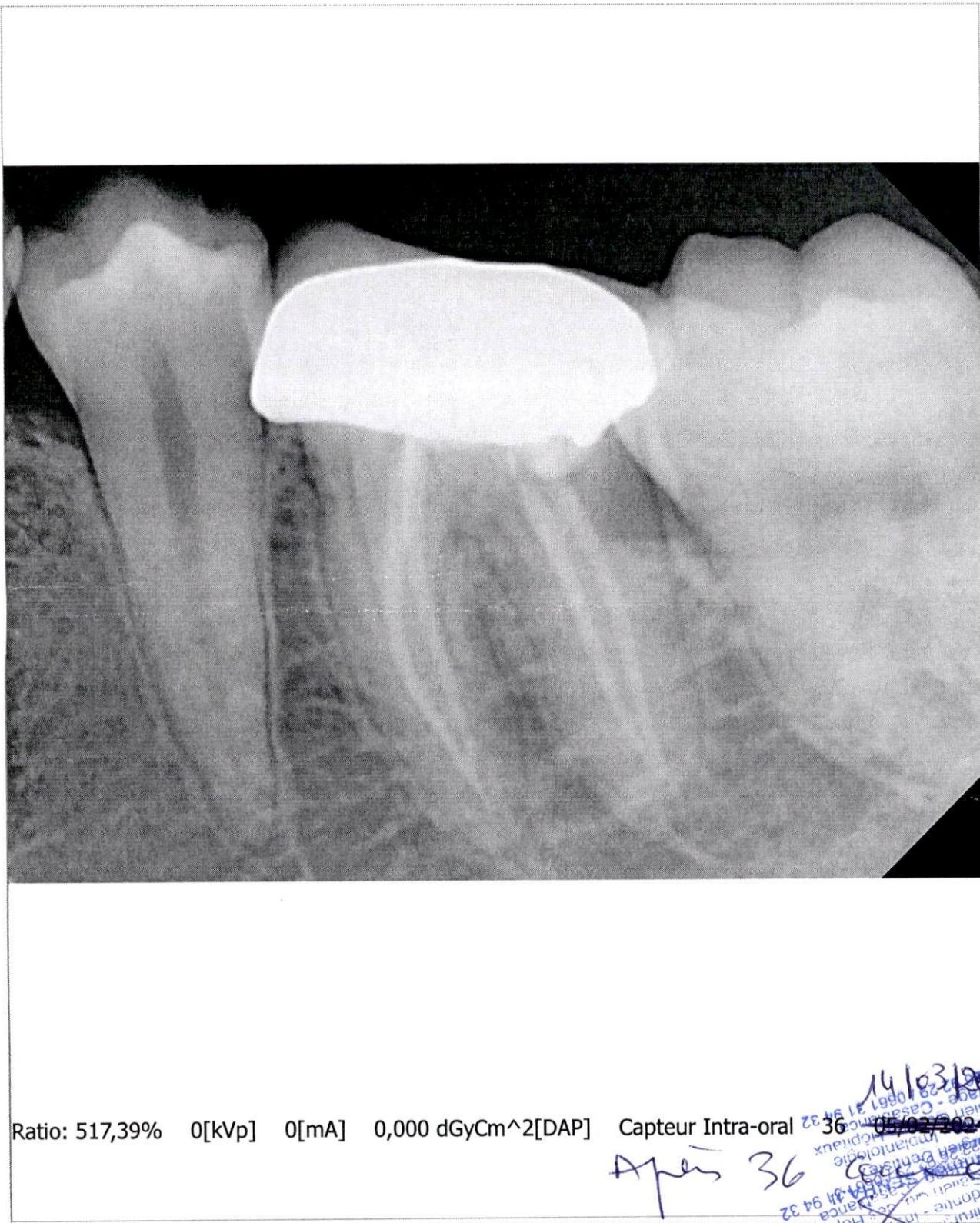
Dr. Mohammed SENHAJI
Chirurgien Dentiste ORAL
Orthodontie - Implantologie
5,Rue Galien Qu. des Hôpitaux
1er Etage - Casablanca
Tel :0522 26 92 29 / 0661 31 94 32
Avant

Clinique: Dr. M. SENHAJI No de téléphone: 06 61 31 94 32 / 05 22 26 92 29
Adresse: 5 rue Galien - Quartier des hopitaux 1ere étage - casablanca

14/03/2024

Chart No: 20240205_135349

Name: bousbina lina Gender: Femme Age: 21Y



Ratio: 517,39% 0[kVp] 0[mA] 0,000 dGyCm²[DAP] Capteur Intra-oral

Dr. M. SENHAJI
Orthodontie - Unité de Chirurgie
5, Rue Galien - Quartier des hopitaux
Casablanca
Tel: 06 61 31 94 32 / 05 22 26 92 29

Clinique: Dr. M. SENHAJI No de téléphone: 06 61 31 94 32 / 05 22 26 92 29
Adresse: 5 rue Galien - Quartier des hopitaux 1ere étage - casablanca