

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 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 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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-819634

ACC
Casa
infer

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8359 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUSBINA KHALID
 Date de naissance : 16-01-66
 Adresse : BOUCITY V08 VILLE VERTE BAYICOURA
 Tél. 0663 722 708 Total des frais engagés : 4 500 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 31/2/2024
 Nom et prénom du malade : BOUSBINA KHALID
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ conjoint
 Nature de la maladie : Prothèse 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 : CASABLANCA Le : 31/2/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

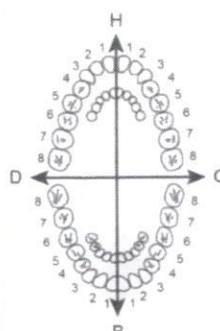
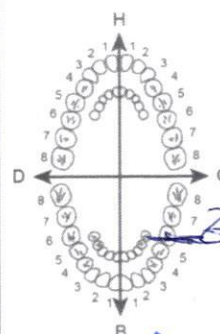
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><i>the</i></p> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p><i>Demande pour remonte du 3/1 com de 13/6 D/80</i></p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text" value="200"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="4 500"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text" value="5/2/2020"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text" value="14/3/2020"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LA LÉCUTION

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 SENHAJI

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



الدكتور الصنهاجي محمد

طبيب جراحي للأسنان
تقويم الأسنان للكبار
و الصغار
زراع الأسنان

14/3/2024

Facture

Reçu de M^{re} Boushrie
Lina

la somme de 4500 dh
(quatre mille cinq cents dh)
payable le 15/04/24
Rachid

Dr. Mohammed SENHAJI
Chirurgien Dentiste
Orthodontie - Implantologie
5, Rue Galien - Casablanca
1er Etage - 0661 31 94 32
Tél : 05 22 26 92 29

5, Rue Galien Quartier des Hopitaux, 1er 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: 29y

Dr. Mohamed SENHAJI
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

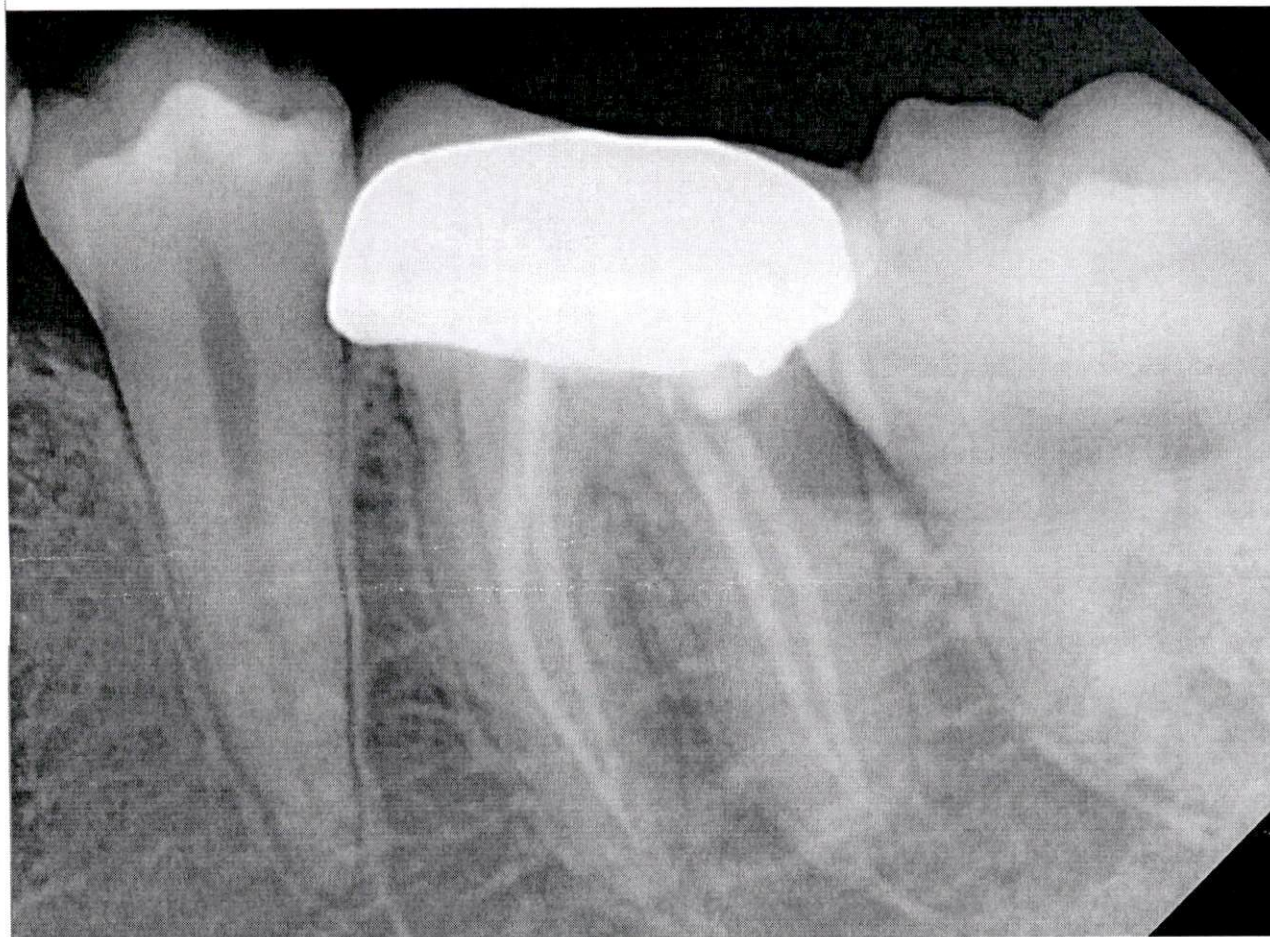
Dr. Mohamed SENHAJI
Orthodontie - Implantologie
5, Rue Galien Qu. des Hôpitaux
1er Etage - Casablanca
Tel : 0522 26 92 29 / 0661 31 94 32

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

36

Après 36

14/03/2024
Dr. Mohammed SENHAJI
Orthodontie - Implantologie
5, Rue Galien - Quartier des Hôpitaux
Casablanca
Tél: 06 61 31 94 32 / 05 22 26 92 29
14/03/2024

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