

Dr Kamal BENMANSOUR
Médecin Dentiste Conseil
(MUPRAS)

Date de la CV 25/06/20

RAPPORT DE CONTRE VISITE

- Société contractante: MUPRAS
- Nom et Prénom de l'assuré: LAYACHI BENAÏSSA
- Personne traitée: ENFANT : LAYACHI ZINEB
- Lien de parenté avec l'assuré: LAYACHI BENAÏSSA
- Matricule / CIN: 04451
- Déclaration N°: 149/664879
- Schéma Dentaire:
 - Dents absentes: 16/27/44/10/12/14
 - Dents obturées: 16/44/45/147
 - Prothèses Fixes: /
 - Prothèses Amovibles: /
 - Parodonte: MS

➤ Observations / conclusions: Plan de traitement
indissociable, il doit être effectué
en totalité sans faute de prise
soins + Broken → OK

Fait à Casablanca, le:

27/06/2022

Médecin Dentiste Conseil

Kamal BENMANSOUR
Médecin Dentiste Conseil
Casablanca
Tel: 0522315317 - 0522303041

CIN: LAYACHI ZINEB: BB 137591.

CIN: LAYACHI BENAÏSSA: BK.20274

DR Zoubir BASSIRI

ZINEB LAYACHI

Docteur Zoubir BASSIRI
Médecin Dentiste
Bd. Nabilouss N° 113, 1er Etage
Hay Al Qods - Bernoussi
Tél : 0522 73 87 87 - Casablanca

- Rx préopératoire / 21-11-23



- Rx. préopératoire / 13-12-11



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

ions générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, tractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi le pour tous les actes effectués en série.

cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

vacance :

vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ogie et Biologie :

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.

pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de mutuelle.

e :

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

cation :

entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

ur le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

re :

cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

e et Affection Longue Durée ALD et ALC :

déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

resses Mails utiles

clamation : contact@mupras.com

ise en charge : pec@mupras.com

hésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

IAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

SI : Centre Affel Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge

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

Déclaration de maladie **PEC**

N° P19-064879

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4451 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LAGUENI BOUSSA

Date de naissance : 28/06/1961

Adresse : Hay EL Qods Résidence ALFAJR
IMM K N° 10 Sidi Benaouda Casa

Tél : 06 84 23 12 72

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur Zoubir BASSIRI**
Médecin Dentiste
Bd. Naalous N° 113, 1er Etage
Hay Al Qods - Bernoussi
Tél : 0622 73 87 87 - Casablanca

03 MAR. 2020

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LAGUENI ZINEB Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Soins + prothèse dentaire

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.

04 MARS 2020

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 : COC

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-064879

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 4451

Nom de l'adhérent(e) : LAGUENI BOUSSA

Total des frais engagés :

RELEVÉ 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 ou 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	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	18	olt	D15
	(3 Facs : V-M-L)		
	13	TR+olt	D20
	12	ext	D20
	11	TR+olt	D10
	avec Tenn		
	Radiculaire		
	21	TR+olt	D20
	22	TR+olt	D20
	23	TR+olt	D20
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES			
DETERMINATION DU COEFFICIENT			
24 MASTOÏDITE D10 25 ext D10 26x 21433552 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 B			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
Bridge 6 C			
Céramique - céramiques			
Em - 13 - 12 - 11			
D20 x 6 = D120			
DATE DU DEVIS : 03 MAR. 2020			
DATE DE L'EXECUTION :			

COEFFICIENT DES TRAVAUX D12 + D168

MONTANTS DES SOINS 320,00

DEBUT D'EXECUTION 03 MAR. 2020

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX D120

MONTANTS DES SOINS 15.000

DATE DU DEVIS 03 MAR. 2020

DATE DE L'EXECUTION

Dr Zoubir BASSIRI
Médecin Dentiste
blou - 13. 1er Etage
87 - Casablanca

ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION