

Dr Kamal BENMANSOUR
Médecin Dentiste Conseil
(MUPRAS)

Date de la CV: 27/09/19

RAPPORT DE CONTRE VISITE

- Société contractante: MUPRAS
- Nom et Prénom de l'assuré: BOURAIT FATIMA
- Personne traitée: lui même
- Lien de parenté avec l'assuré: BOURAIT FATIMA
- Matricule / CIN: 05300
- Déclaration N°: P. 19/0013082
- Schéma Dentaire:
 - Dents absentes: 15/16/27/44/45/46/47/34/35/36/37
 - Dents obturées:
 - Prothèses Fixes: 43/14/13/12/11/21/22
 - Prothèses Amovibles:
 - Parodonte: *ns*

➤ Observations / conclusions:

Sous Ext √ 17 OK

Un bridge ancien en mauvais état en bouche (14 → 22)

FC (11/22) → OK

xx • Bridge indissociable en sur du maxillaire de piers [17/12/11/21/22/23/24/25] OK

Fait à Casablanca, le:

Médecin Dentiste Conseil

Stellite sup [16/15/4/26] OK

ROYAUME DU MAROC
CARTÉ NATIONALE D'IDENTITÉ

المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعريف

فاطمة

F
B

FATIMA

بورايط

BOURAIT

Née le 05.12.1955

مودة بتاريخ

ب التعريف الناز البيضاء آتفا

MAARIF CASABLANCA ANFA

Valable jusqu'au 02.06.2021

صالحة الى غاية

المدير العام للأمن الوطني

B379913

FL

الشرقي الحريس

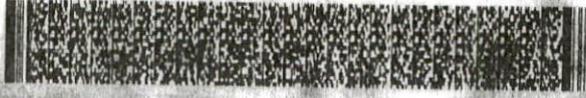


N° B379913 رقم Valable jusqu'au 02.06.2021 صالحة الى غاية
بت الحسن بن علي
و عائشة بنت محمد

Fille de LAHCEN ben ALI
et de AICHA bent MOHAMED
العنوان 78 زقة الفرات المماريف البيضا

Adresse 78 RUE AL FOURAT MAARIF CASA

N° état civil 1955/ 1392 رقم الحالة المدنية Sexe F الجنس



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

les	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Net du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Net et signature du docteur et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

Il 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	
	14	eat	D ₀	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D10"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="200,00"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

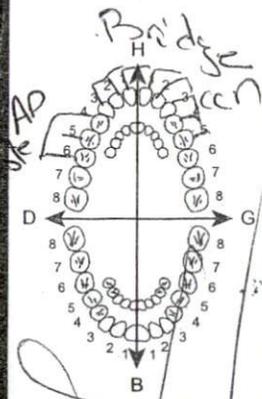
D.O.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
D			B
00000000	00000000	00000000	11433553
35533411	11433553		

[Création/remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



22 et 23 + Bridge
24 et 25 + AP
26 et 27
16 15 14 26 et 27

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Docteur Nadia SAADI
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
52, Rue Sorano
05 22 25 32 78

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Conditions 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.
 Autorisation préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, prothèses 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.
Prescription :
 Les prescriptions des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
 Les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.
Biologie et Biologie :
 La prescription 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.
 Le pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la Mutuelle.
 La prescription du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.
Prothèses :
 L'autorisation préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de prothèses.
 Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.
 L'autorisation de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est à joindre avant le début de traitement.
 La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
 Le suivi après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

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
 Adresse : contact@mupras.com
 Adresse : pec@mupras.com
 Adresse et changement de statut : adhesion@mupras.com



5300

PEC

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013082

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5300 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOURRAIT Fatima Date de naissance :

Adresse : 78, rue EL Founali Maroc (CASA) Date :

Tél : 066 440 7482 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Nadia SAADI
 CHIRURGIEN DENTISTE
 52, Rue Soerale Quartier Maârif Extension
 3^{ème} Etage Appt. 7 - Casablanca
 Tél : 05 22 25 32 78

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : N° Bourrait Fatima Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Prothèses Dentaires

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) : *Jady*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0013082

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 5300

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :