

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°: 3.19.10013082
- 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)*

*IC (11/22) → OK*

*xx • Bridge indissociable en fin du maxillaire de piliers [12/12/11/21/22/23/24/25] OK*

Fait à Casablanca, le:

Médecin Dentiste Conseil

*Stellite sup [16/15/4/26/27] OK*

ROYAUME DU MAROC  
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية  
البطاقة الوطنية للتعريف

فاطمة

F

FATIMA

بورايط

BOURAIT

Née le

05.12.1955

مودة بتاريخ

ب المعارف الحار البيضاء آتفا

MAARIF CASABLANCA ANFA

Valeable jusqu'au

02.06.2021

صالحة إلى غاية

المدير العام للأمن الوطني

B379913

FL

الشرقي الحريس

N° B379913 رقم Valable jusqu'au 02.06.2021 صالحة الى غاية


بن الحسن بن علي  
و عائشة بنت محمد

Fille de LAHCEN ben ALI  
et de AICHA bent MOHAMED

العنوان 78 زقة الفرات المماريف البيضاء

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 toire 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

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 :

Veuillez 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	cat	D <sub>10</sub>	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

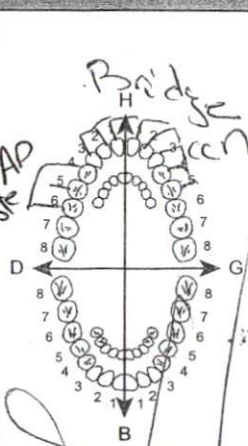
## D.D.F. PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création/remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



21433552 sur 14 et 22 + Bridge  
cc sur 13.12.11.21  
22.23.24 et 25 + AP  
8.10.11.12 replis dents  
16.15.14.26 et

COEFFICIENT DES TRAVAUX	2D 8D 18D 27D
MONTANTS DES SOINS	22 100,00
DATE DU DEVIS	23/09/19
DATE DE L'EXECUTION	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

## ns générales :

adre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.  
adre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.  
lité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.  
ente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,  
ctions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi  
pour tous les actes effectués en série.  
is d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

## ie :

ignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## e et Biologie :

cture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être  
s à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.  
confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de  
uelle.

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

## on :

te préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de  
ations.

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

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

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

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

## Affection Longue Durée ALD et ALC :

ration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

## es Mails utiles

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

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

tre 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

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 : BOURAIT Fatima Date de naissance :

Adresse : 78, rue EL Founali Maghreb C.A.A

Tél. : 0661407482 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Nadia SAADI

CHIRURGIEN DENTISTE

52, Rue Soerale Quartier Maârif Extension

3ème Etage Appt. 7 - Casablanca

Tél. : 05 22 25 32 78

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Dr Bourait 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) :

Fatima

## 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 :