

Dr Kamal BENMANSOUR
Médecin Dentiste Conseil
(MUPRAS)

Date de la CV: 17/09/19

RAPPORT DE CONTRE VISITE

- Société contractante: MUPRAS
- Nom et Prénom de l'assuré: RAJÍ NAIMA
- Personne traitée: lui même
- Lien de parenté avec l'assuré: RAJÍ NAIMA
- Matricule / CIN: 09160
- Déclaration N°: PAG/0022057
- Schéma Dentaire:

- Dents absentes:
- Dents obturées:
- Prothèses Fixes:
- Prothèses Amovibles:
- Parodontie:

➤ Observations/conclusions: Lambeau supérieure et
inférieure bien en bouche (voir
photo à jointe)

Fait à Casablanca, le:

Médecin Dentiste Conseil



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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

biologie 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.

ique :

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

éducation :

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.

itaire :

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.

ladie 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

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

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



PEC

caso
ANP

Déclaration de Maladie : N° P19-0022057

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 9160 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné[e]

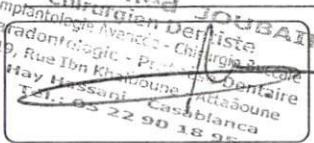
Autre :

Nom & Prénom : RAJI NATA Date de naissance : 14/01/1966

Adresse : Haliteuelle

Tél. : 051088758 Total des frais engagés : 9000 + 6000 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M. RADI Hania Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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] :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0022057

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

Matricule : 9160

Nom de l'adhérent[e] : RADI

Total des frais engagés : 6000 + 9000

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Prostethique	D 540	60900	Dr. Mohamed SOUBAIR Chirurgien Dentiste Implantologie - Chirurgie Buccale Parodontologie - Prothèse Dentaire 19, Rue Ibn Khaldoun - Casablanca Hay Massaoui - Casablanca tel: 05 22 50 18 95
+ CCM	D 540	30900	Dr. Mohamed SOUBAIR Chirurgien Dentiste Implantologie - Chirurgie Buccale Parodontologie - Prothèse Dentaire 19, Rue Ibn Khaldoun - Casablanca Hay Massaoui - Casablanca tel: 05 22 50 18 95

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

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
Spécialiste Parodontiste			
Parodontite			
Prise en charge			
d'ostéosynthèse			
implant et appuis			
de la mandibule			
et d'adjonction			
D 540 6			
Dr. Mohamed SOUBAIR			
Implantologie - Chirurgie Aesthetic Dentiste			
Parodontologie - Prothèse Dentaire			
19, Rue Ibn Khaldoun - Casablanca			
Hay Massaoui - Casablanca			
tel: 05 22 50 18 95			
03 SEP. 2012			
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT	MASTICATOIRE	H
PROTHESES DENTAIRES	D	25533412 21433552	00000000 00000000
	B	00000000 00000000	35533411 11433553
	G		
	B		
		[Création, remont, adjonction]	
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
		DEVIS 58	
		Implant	
		1) Implant sur 36	
		= D 540	
		2) CCM 36	
		= D 180	
		A nos En de la 36	
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
		Dr. Mohamed SOUBAIR	
		Implantologie - Chirurgie Aesthetic Dentiste	
		Parodontologie - Prothèse Dentaire	
		19, Rue Ibn Khaldoun - Casablanca	
		Hay Massaoui - Casablanca	
		tel: 05 22 50 18 95	