

Dr Kamal BENMANSOUR
Médecin Dentiste Conseil
(MUPRAS)

Date de la CV 08/10/19

RAPPORT DE CONTRE VISITE

- Société contractante: MUPRAS
- Nom et Prénom de l'assuré: LAUKMAN IDRIS
- Personne traitée: lui même
- Lien de parenté avec l'assuré: LAUKMAN IDRIS
- Matricule / CIN: 11436
- Déclaration N°: W19433749
- Schéma Dentaire:

• Dents absentes: 46/23/25

• Dents obturées: 27

• Prothèses Fixes: [11/12/13] [21 et 24 Tailées]

• Prothèses Amovibles: 4 (Provisores en place)

• Parodonte:

- Observations / conclusions:

A l'arracher...

| | | | | |
|----|---|-----------------|----|--------|
| ++ | { | Bridge 11/12/13 | OK | D/80x3 |
| | | ccm | OK | 970x2 |
| | | 3 IC | | |
| ++ | { | IC (21 et 24) | OK | 970x2 |
| | | (ccm) | OK | 970x4 |
| | | (21/22/23/24) | | |

Dr Kamal BENMANSOUR
Chirurgien Dentiste
299 Bd. Mohamed V - Casablanca
Tél: 0522 315 317 / 0522 30 99 41

Fait à Casablanca, le:

Médecin Dentiste Conseil

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | 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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de PDDF. | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : 0164183838 | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| G.D.F. PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
| | | <p>Devis</p> <p>H 25533412 21433552</p> <p>D 00000000 00000000</p> <p>G 00000000 00000000</p> <p>B 35533411 11433553</p> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>Devis par réalisation d'un bridge sur 113, 12, 11) 3 éléments (CCM) couronnes céramo métalliques</p> | | <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p> | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | |
| <p>Dr. SARA ZOUIR Chirurgien Dentiste App5 Imm 1 etad 2 Angle Avenue Hassan II et Rue Echahada, Settat 05.25.40.01.68</p> | | | | | |

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Atlas Ben Abdallah - 6ème Etape Angle Rue Mohamed Taki et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 43 45 (r.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-433749

Accord sur

Dev's
CASA-DA

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A1436 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Idriss Lukma

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél : 0661 902613 Total des frais engagés : 6000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : _____

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : Idriss Lukma Age : _____

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

Nature de la maladie : Dev's Soins dentaires

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : NOUASSER

Le : 23/07/2019

Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-433749

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : A1436
Nom de l'adhérent(e) : Idriss Lukma
Total des frais engagés : 6000,00
Date de dépôt : 23/07/2019

ابن الطاهر بن -
و ربيعة بنت الحاج العربي

Fils de TAHAR ben -
et de RABIAA bent HADJ LARBI

العنوان حي مبروكة زنقة طرابلس الرقم 7 سطات

Adresse HAY MABROUKA RUE TRIPOLI NO 7 SETTAT

N° état civil 206/1971 رقم الحالة المدنية Sexe M الجنس



ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعريف

IDRISS

إدريس

LOUKMAN

لقمان

Né le

22.04.1971

مرداد بنابج

à LOULAD SETTAT

ب لولاد سطات

Valable jusqu'à

30.04.2019

صالحة إلى غاية

الصدور العام للأمن الوطني

الشرقي الفريس

W145443

MV

