

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: LOUKMAN IDRIS
- Personne traitée: lui même
- Lien de parenté avec l'assuré: LOUKMAN 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: (Provisoires en place)
- Parodontie: 76

➤ Observations/conclusions:

| | | A suivre : | |
|-----|---------------------|------------|---------|
| F++ | { Bridge 11/12/13 | OK | 180 x 3 |
| | { CCN 3/7C | OK | 170 x 1 |
| ++ | { IC (21 et 24) | OK | 170 x 2 |
| | { CCN (21/22/23/24) | OK | 180 x 4 |

Fait à Casablanca, le:

Dr Kamal BENMANSOUR
Chirurgien Dentiste
299 Bd Hassan II
Casablanca
Tél: 0522.315.317 / 0522.30.99.41

Médecin Dentiste Conseil

RELEVE 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 : 1111111111 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

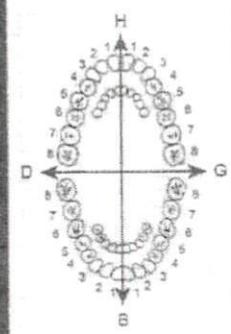
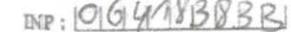
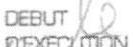
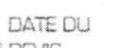
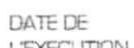
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : 064183831 |
|---|----------------|------------------|-------------|---|
|  | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |
| | | | |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. SARA ZOUIR

Chirurgien Dentiste
App5 Imme 1 étage 2 Angle Avenue Hassan II
et Rue Echourouka, Settat
05 26 40 01 68

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 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.

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 Allal Ben Abdellah - Béni Etace Angle Rue Mohamed Fikri et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 43 45 (G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-433749

Accordé sur

Le 23/07/2019
Casablanca

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : A1436

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Idriss Lakhoua

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 90 26 53

Total des frais engagés :

6000,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Idriss Lakhoua

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Idriss Soins des kaires,

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 :

No ASSE

Le :

23/07/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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 Lakhoua

Total des frais engagés : 6000,00

Date de dépôt : 23/07/2019

ابن الطاهر بن -
و زبعة بنت الحاج العربي

Fils de TAHAR ben -
et de RABIAA bint HADJ LARBI

العنوان هي مبروكة زينة طرابلس الرقم 7 سطات

Adresse HAY MABROUKA RUE TRIPOLI NO 7 SETTAT

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



الملك المُهَبِّ
البطاقة الوطنية للتعريف

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

IDRISS

LOUKMAN

Né le 22.04.1971

مُرداد بابج ب لولاد سطات

à LOULAD SETTAT

Validé jusqu'au 30.04.2019

الغدير العام للامن الوطني

الشرقي المفرب



W145443

MV