

Dr Kamal BENMANSOUR
Médecin Dentiste Conseil
(MUPRAS)

Date de la CV: 24/06/20

RAPPORT DE CONTRE VISITE

- Société contractante: MUPRAS
- Nom et Prénom de l'assuré: HAMROUN AHMED
- Personne traitée: lui même
- Lien de parenté avec l'assuré: HAMROUN AHMED
- Matricule / CIN: 07354
- Déclaration N°: 3105/0032974
- Schéma Dentaire:

- Dents absentes: 47/16/37/45/24/27
- Dents obturées: 46/15/16/17/26
- Prothèses Fixes: 46/15/16/17/26
- Prothèses Amovibles:
- Parodontie: PAS

➤ Observations/conclusions:

ccm (47)	OK	réalisee
ccm (46)		
ccm (17)		
ccm (26)		

ccm (25)

OB: le patient a interrompu le traitement à 3 dents (46/17/26)

Fait à Casablanca, le:

Dr Kamal BENMANSOUR
Chirurgien Dentiste
399 Bd Méd V - Casablanca
Tél: 0522 212 212 0522 20 20 20

Médecin Dentiste Conseil

un peu

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعرف

AHMED

أحمد

HAMROUN

حرزون

Né le

02.11.1967

مزداد بتاريخ

ب عين السبع محي المحمدى عين السبع

à AÏN SEBAA HAY MOHAMMADI AÏN SEBAA

Validé jusqu'au 25.03.2020

صالحة إلى غاية

المدير العام للأمن الوطني

الشرقي التبريس



A
H

BE449600

MV

N° BE449600 رقم

Valable jusqu'au 25.03.2020 صالحة الى غاية

ابن بوشعيب بن عمر
و غنو بنت عبدالقادر

Fils de BOUCHAIB ben OMAR

et de GHANNOU bent ABDELKADER

العنوان زقة 162 رقم 71 مجموعة ك الالفة البيضاء

Adresse RUE 162 NR 71 GR K OULFA CASA

N° état civil 868 T/1967 رقم الحالة المدنية Sexe M الجنس



RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Séduction :

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

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre 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

Déclaration de Maladie

Nº P19- 0032974

Appel le 29/11/20 Optique 2430

Maladie

Dentaire le 29/11/20 Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 07354

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAMROUN AHMED

Date de naissance : 02/11/1967

Adresse : N° 71 Rue 162 Groupe 1K oulfa

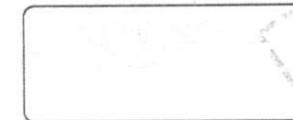
CASABLANCA

Tél. : 0661161218

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

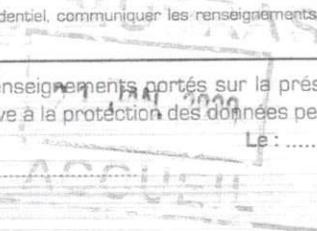
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-032974

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	

EXECUTION DES ORDONNANCES

achet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

échet et signature du ratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXiliaires MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.												
<p>SOINS DENTAIRES</p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
			COEFFICIENT DES TRAVAUX									
			MONTANTS DES SOINS									
			DEBUT D'EXECUTION									
			FIN D'EXECUTION									
<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552									
	D	00000000	00000000									
	B	35533411	11433553									
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>											
			COEFFICIENT DES TRAVAUX									
			MONTANTS DES SOINS									
			DATE DU DEVIS									
			DATE DE L'EXECUTION									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS 												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION 												