

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°: 319/0032974
- Schéma Dentaire:

- Dents absentes: 47/36/37/45/24/27
- Dents obturées: 46/15/16/17/26
- Prothèses Fixes: 46/15/16/17/26
- Prothèses Amovibles:
- Parodonte: RAS

- Observations / conclusions:

ccm (47)

ccm (46)

ccm (17)

ccm (26)

ccm (25)

Chirurgie 46/15/16/17/26
OK

réalisée

réalisée

réalisée

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

Fait à Casablanca, le:

Dr. Kamal BENMANSOUR
Chirurgien Dentiste
999 Bd Méd V - Casablanca
Tél: 0539 715 212 - 0539 70 60 41

Médecin Dentiste Conseil

uniquement

24/06/2020

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعريف

AHMED

أحمد

HAMROUN

حمرون

Né le

02.11.1967

مرداد بنابح

ب عين السبع حي المحمدني عين السبع

à AIN SEBAA HAY MOHAMMADI AIN SEBAA

Valable jusqu'au

25.03.2020

صالحة الى غاية

المدير العام للأمن الوطني

BE449600

MV

الشرقي الفريس

30-11-2019

N° BE449600

رقم

Valable jusqu'au 25.03.2020

صالحة الى غاية

ابن بوشعيب بن عمر
و غنوبنت، عبدالقادر

Fils de BOUCHAIB ben OMAR

et de GHANNOU bent ABDELKADER

العنوان زنقة 162 رقم 71 مجموعة ك الالفه 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 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

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.

AS : Centre Allal Ben Abdellah - 8ème 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0032974

☐ Maladie

☒ Dentaire

le 29/11/2012

☐ 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° 21 Rue 162 Groupe K 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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-032974

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

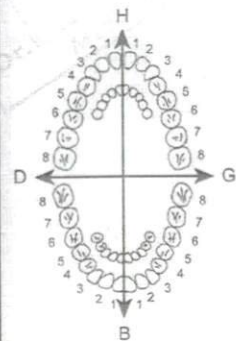
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text" value="29-71"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>



	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

	DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION