

# 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

- Réclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Acc  
Dent

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2477 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NOUFER Poste : 70574

Date de naissance : 11/11/1954

Adresse : 143 H45 FATEH N° : A61587

Tél. : 06 71 20 27 59 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/05/2023

Nom et prénom du malade : NOUFER KHAJJA Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : prothèses dentaires

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : 09/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : NOUFER KHAJJA



## 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

## 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 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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

Docteur Anouar CHKALANTE  
CHIRURGIEN DENTISTE  
VISA ET CADHET DU PROFESSIONNEL ATTESTANT L'EXECUTION  
22, Bd Omar Al Khayam, P. B. Fatima Zahra  
1<sup>er</sup> Etg. N°2 Beauséjour - Casablanca  
Tél.: 05 22 94 70 35



Dr. Anouar CHKALANTE

CABINET DENTAIRE SPECIALISE

Laureat de la F.M.D.C  
D.U. d'Implantologie de la F. M. de Toulouse

الدكتور أنور اشكنانط

عيادة طب الأسنان متخصصة

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في زرع الأسنان كلية الطب بتولوز

Le : 19/05/2023

Nom : NOUFEEL KHAYAT

Devis à

stellite du Bas remplaçant les Dent

46,47,36 et 37

⇒ D762 + D775

D120 + D125 + 5000,00 Dhs

CABINET DENTAIRE  
SPECIALISE



22, شارع عمر الخيام، إقامة فاطمة الزهراء، الطبق الأول رقم 2، بوسيجور - الدار البيضاء

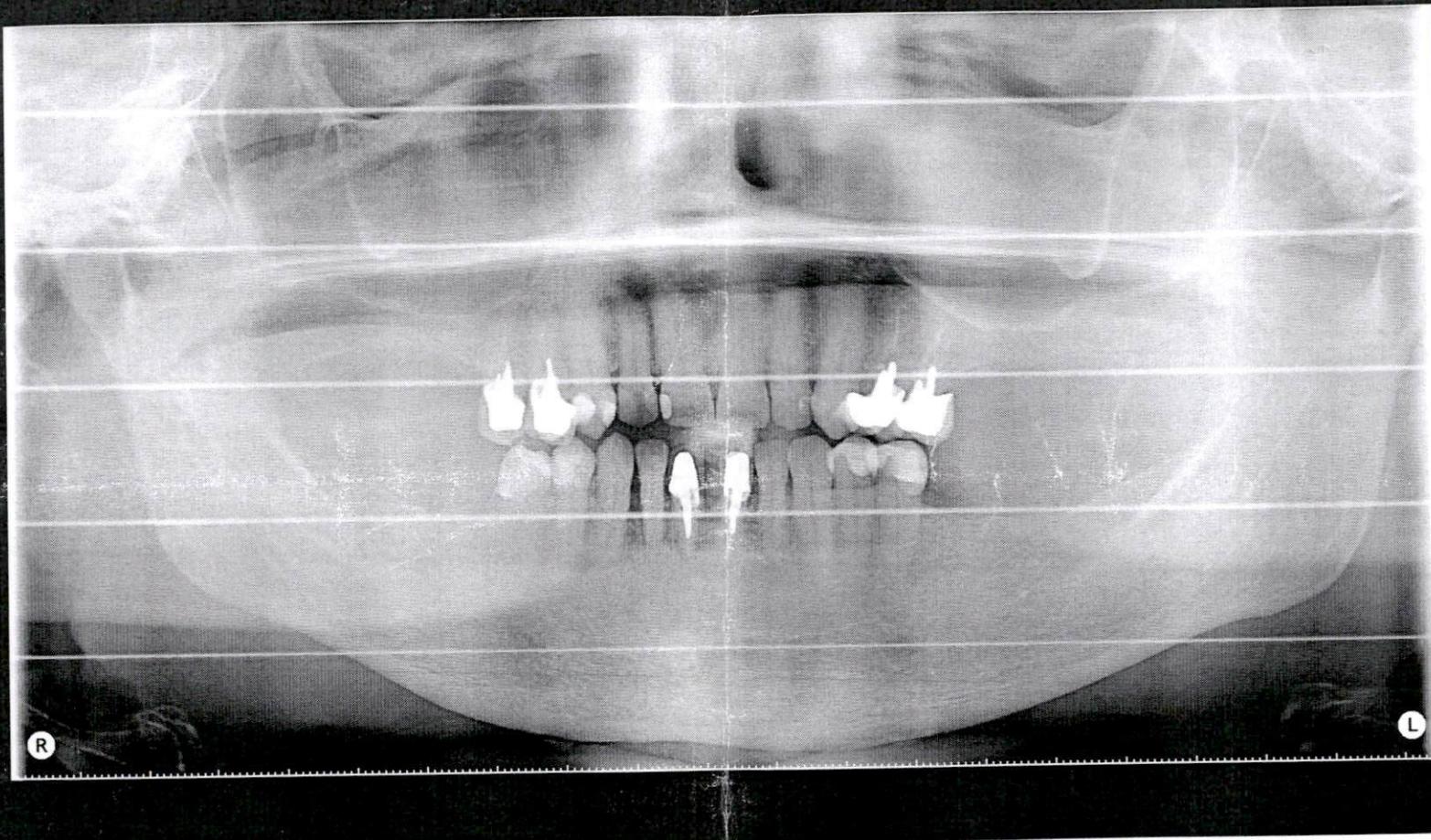
الضريبة المهنية : 34821710 - الضريبة المضافة : 51103223 - الضمان الاجتماعي : 6673570 - التعريف الموحد : 001643066000071  
الهاتف : 05 22 94 70 35 - 06 60 64 58 12

22, Bd. Omar Al Khayam, Résidence Fatima Zahra, 1er étage N° 2 Beauséjour - Casablanca - Tél : 05 22 94 70 35 - 06 60 64 58 12

I.F. : 51103223 - Patente : 34821710 - INP : 094013778 - CNSS : 6673570 - ICE : 001643066000071

E-mail : cabinet.dr.chkalante@gmail.com / info@cabinetdrchkalante.com / www.cabinetdrchkalante.com

Dr CHKALANTE ANOUAR  
Â



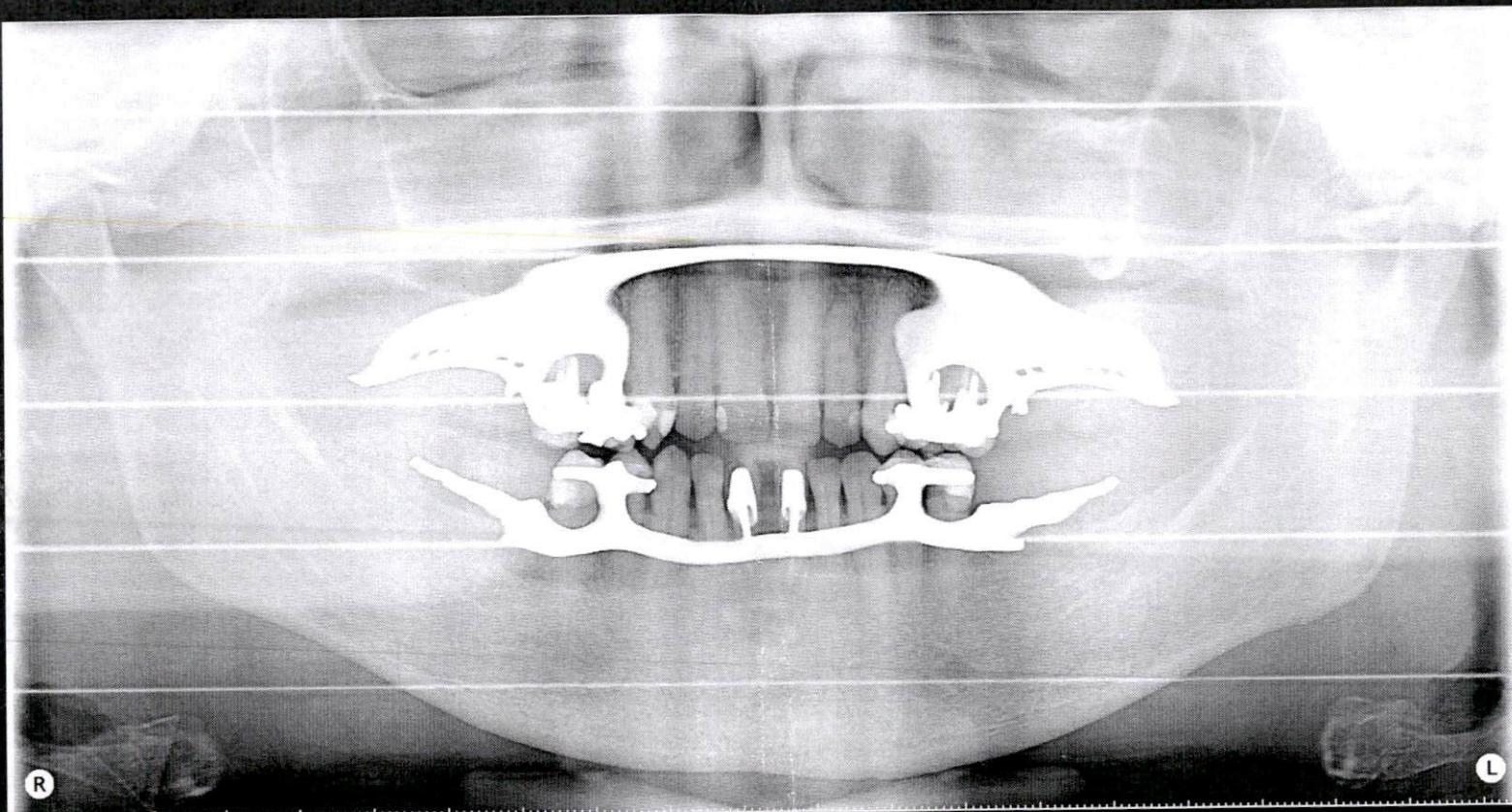
NOUFER^KHADIJA 22/05/1960 Panoramic 19/05/2023 18:10:11

ACC: ID: 79

NOTE:

Docteur Anouar CHKALANTE  
CHIRURGIEN DENTISTE  
42, Bd. Omar Al Khayyam Rés. Fatima Zahra  
1<sup>er</sup> Etg. N°2 Beauséjour - Casablanca  
Tél.: 05 22 91 70 35

Dr CHKALANTE ANOUAR  
D



NOUFER^KHADIJA 22/05/1960 Panoramic 08/06/2023 15:49:14

ACC: ID: 79

NOTE:

Docteur Anouar CHKALANTE  
CHIRURGIEN DENTISTE  
22, Bd. Omar Al Khayam, Rés. Fatima Zahra  
1<sup>er</sup> Etg. N°2 Beausejour - Casablanca  
Tél.: 05 22 94 70 35

Le : ..... 08/06/2023 .....

Nom : Mme NOUFER KHADIJA

## Note d'honoraire N°: 172-F-2023

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
Appareil sur plaque base en matière plastique d'un édentement de quatre dents	D762	D 45	37, 38, 46, 47	2 500,00 DH
Supplément pour plaque base métallique	D775	D 120	35	2 500,00 DH
				<b>TOTAL</b> 5 000,00 DH

Mode règlement : Chèque

## CABINET DENTAIRE SPECIALISE

### Arrété le montant de la facture à la somme de :

Cinq mille MAD

Docteur Anouar CHKALANTE  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Signature du praticien  
22, Bd. Omar Al Khayam, Rés. Fatima Zahra  
1er Etg. N°2 Beauséjour - Casablanca  
Tél.: 05 22 94 70 35

22, شارع عمر الخيام، إقامة فاطمة الزهراء، الطابق الأول رقم 2، بوسيجور - الدارالبيضاء  
الضريبة المهنية : 34821710 - الضريبة المضافة : 51103223 - الضمان الاجتماعي : 6673570 - التعريف الموحد : 001643066000071  
الهاتف : 05 22 94 70 35 - 06 60 64 58 12

22, Bd. Omar Al Khayam, Résidence Fatima Zahra, 1er étage N° 2 Beauséjour - Casablanca - Tél : 05 22 94 70 35 - 06 60 64 58 12

I.F. : 51103223 - Patente : 34821710 - INP : 0004013778 - CNSS : 6673570 - ICE : 001643066000071  
E-mail : cabinet.dr.chkalante@gmail.com / info@cabinetdrchkalante.com / www.cabinetdrchkalante.com

N° Dossier:	161587 
N° Dossier externe:	ACC-02477-22/05/2023
Type de dossier:	DENTAIRE 
Bénéficiaire:	SADIKINA KHADDOUJ
Situation:	Notifié 
Sous-situation:	--- 
Date de début:	22-05-2023 
Date de fin:	
Date de saisie:	22-05-2023
Événement:	

#### Commentaires pour l'édition

 Ajouter

#### Commentaires existants

Date	Type	Commentaire	Actions
24-05-2023	Manuel	ACC D165 STEL INF 4 DENTS 46 47 36 37 S/R RX APRES DR ANOUAR CHKALANTE	 