

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0015147 *acc. inf.*

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2477*

Société : *RAM DENT*

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : *NOUFER ZOSTAFA*

Date de naissance : *11/11/1954*

Adresse : *143 HAJFATEH*

Tél. : *0671202759*

Total des frais engagés : *600000*

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *19/05/2023*

Nom et prénom du malade : *NOUFER KHAGGE*

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Étage 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

[illegible][illegible]

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

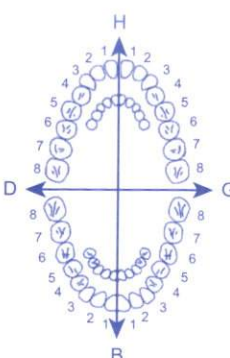
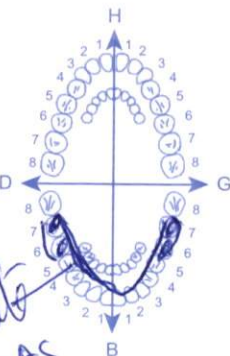
[illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 														
				MONTANTS DES SOINS 														
				DEBUT D'EXECUTION 														
				FIN D'EXECUTION 														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX 0.65
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
	Devis stellite du bas remplaçant les dent 16, 17, 3, 4, 5 120 + 125 #5000111			MONTANTS DES SOINS 5000,111														
DATE DU DEVIS 19/05/2023																		
DATE DE L'EXECUTION 08/06/2023																		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;"> Docteur Anouar CHKALANTE CHIRURGIEN DENTISTE 22, Bd. Omar Al Khayyat, P.S. Fatima Zahra 1^{er} Etg. N°2 Beauséjour - Casablanca Tél.: 05 22 94 70 35 </p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;"> Docteur Anouar CHKALANTE CHIRURGIEN DENTISTE VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION 22, Bd. Omar Al Khayyat, P.S. Fatima Zahra 1^{er} Etg. N°2 Beauséjour - Casablanca Tél.: 05 22 94 70 35 </p> </div> </div>																		

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

FIN D'EXECUTION	
--------------------	--

MONTANTS DES SOINS	5000,00
-----------------------	---------

DATE DU DEVIS 19/05/2021

DATE DE L'EXECUTION 08/06/2023

Docteur Anouar CHEKALANTE
CHIRURGIEN DENTISTE
VISA - CADRE D'IDENTIFICATION DES ANTS - EXECUTION
22, Bd. Omar Al Khayyam - Palmyra Zaira
1^{er} Etg. N°2 Beauséjour - Casablanca
Tél.: 05 22 94 70 35

Le : 19/05/2023

Nom : NOUFER KHAYAT

Dev's :

stellite du Bas remplaçant les Dent

46, 47, 36 et 37

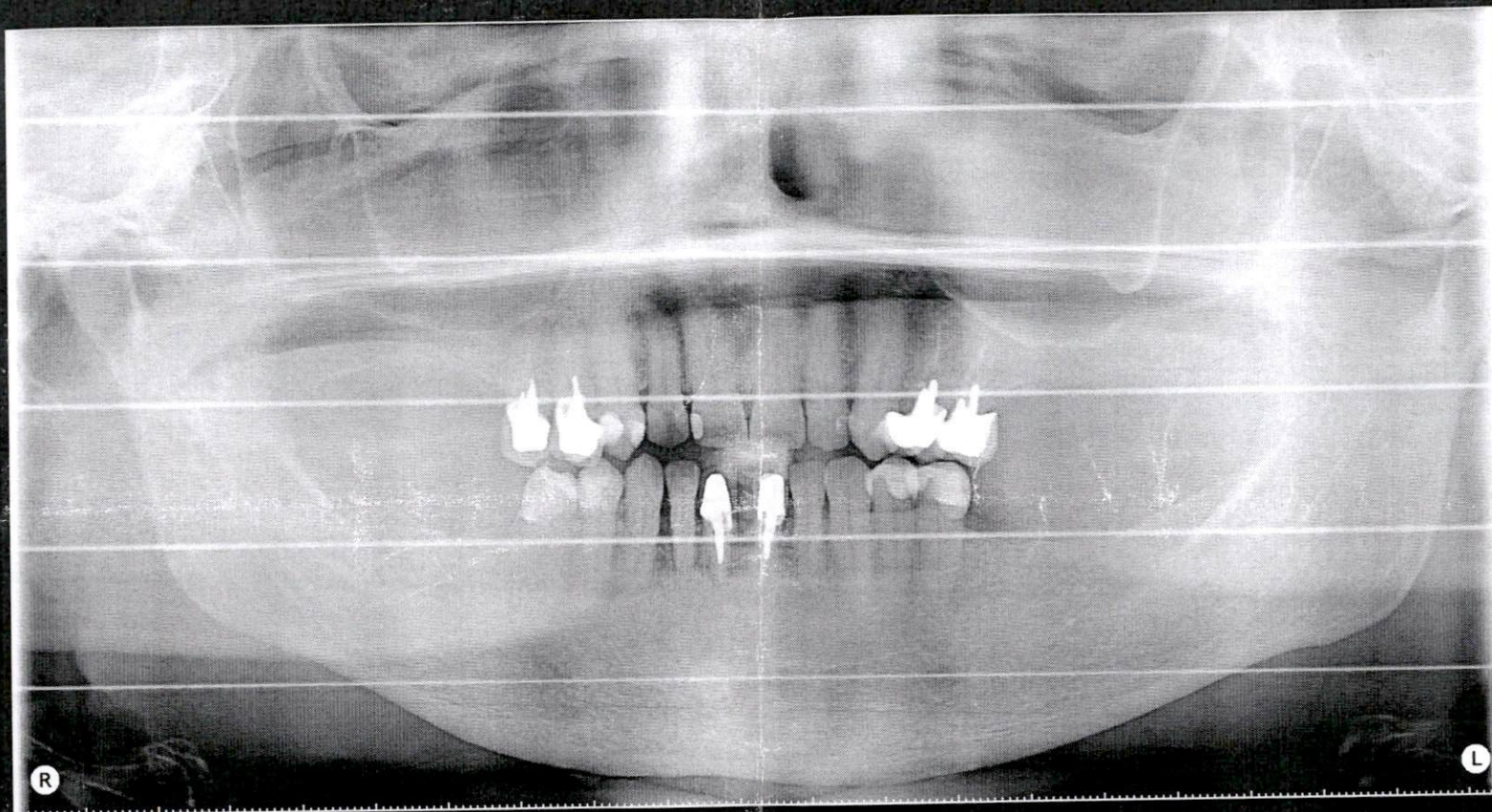
=> D762 + D775

D120 + D45 # 5000, 511

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

Dr CHKALANTE ANOUAR

Â



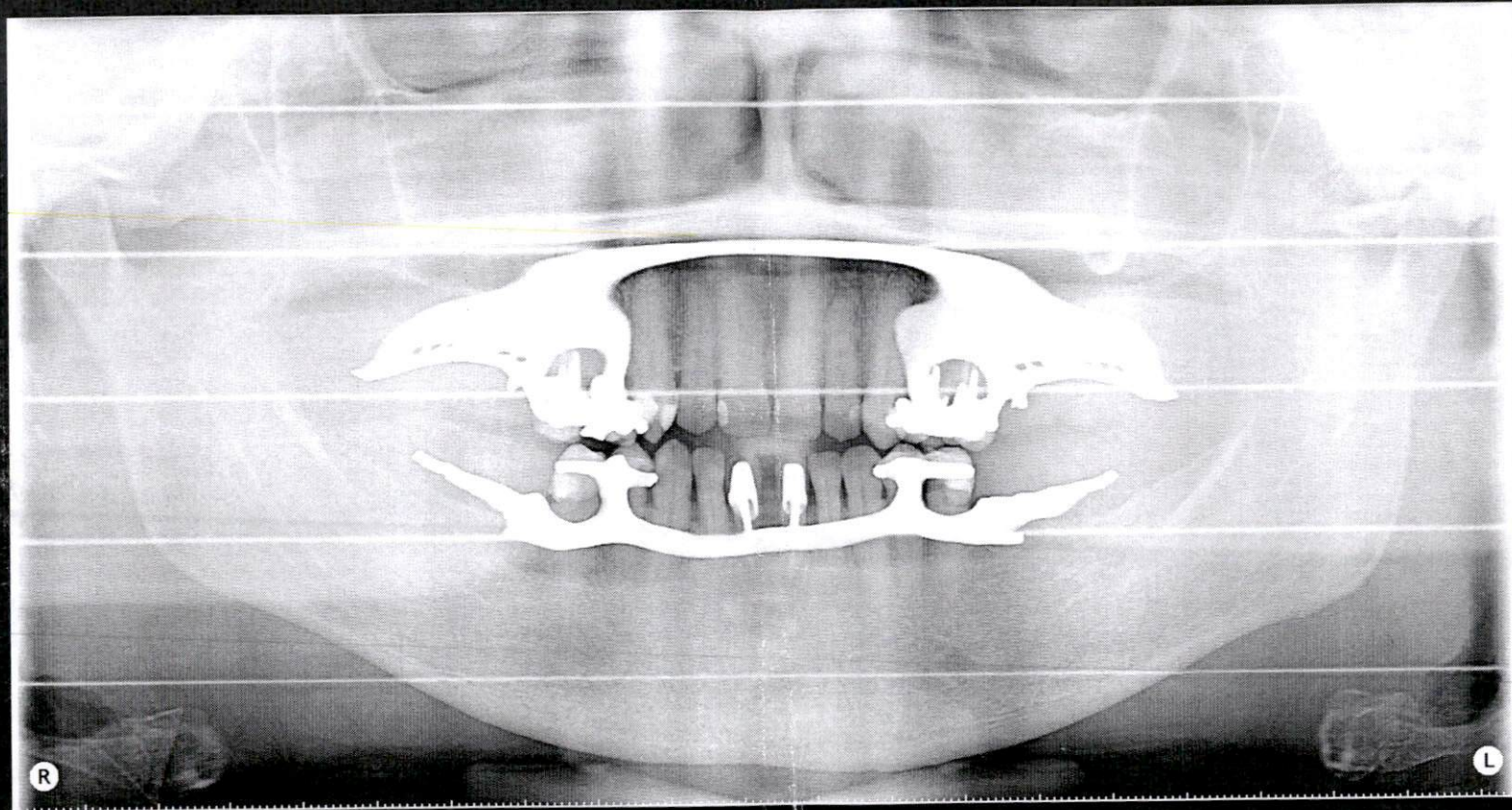
NOUFER^KHADIJA 22/05/1960 Panoramic 19/05/2023 18:10:11

ACC: ID: 79

NOTE:

Docteur Anouar CHKALANTE
CHIRURGIEN DENTISTE
2, Bd. Omar Al Khayyat, Rés. Fatima Zahra
1^{er} Etg. N°2 Beauséjour - Casablanca
Tél.: 05 22 94 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 Khayyam, Rés. Fatima Zahra
1^{er} Etg. N°2 Beauséjour - 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
			TOTAL	5 000,00 DH

Mode règlement : Chèque

**CABINET DENTAIRE
SPECIALISE**

Arrêté le montant de la facture à la somme de :







Cinq mille MAD

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

22, شارع عمر الخيام، إقامة فاطمة الزهراء، الطابق 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

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