

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - G. Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LS) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

W21-831003

186535

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7644 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELKAHLAOUI SAID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Anouar CHKALANTE  
CHIRURGIEN DENTISTE  
23, Bd. Omar Al Khayam, Res. Fatma Zahra  
1er Etg. N°2 Beauséjour - Casablanca  
Tél : 05 22 21 70 35

Date de consultation : 05 / 12 / 2023

Nom et prénom du malade : ELKAHLAOUI SAID Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins dentaires

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

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie a 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) : ACCUEIL

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

| RELEVÉ 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 Coefficients | 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 |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES   |   |                  |             |   |  |
|--|---|------------------|-------------|---|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                               |   |                  |             |   |  |
| <b>Important :</b><br>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 | Montant des Honoraires  | CCEFFICIENT DES TRAVAUX<br>D3<br>MONTANTS DES SOINS<br>200,000<br>DEBUT D'EXECUTION<br>FIN D'EXECUTION<br>05/12/2023   |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000 G<br>35533411 11433553<br>B |                  |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX<br>MONTANTS DES SOINS<br>DATE DU DEVIS<br>DATE DE L'EXECUTION |  |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             | Montant des Honoraires  |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
| CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS   |   |                  |             |   | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION<br>Dr. Anwar CHALANTE<br>22, Bd. Omar Al Khayam, Rés. Fatima Zahra<br>1er Etg. N°2 Beauséjour - Casablanca<br>Tél.: 05 22 94 70 35 |



Le : 05/12/2023

Nom : M. ELKAHLAOUI SAID

## Note d'honoraire N°: 329-F-2023

| Nom de l'acte | Code         | Lettre<br>clé+Coeff | Dent(s) | Montant   |
|---------------|--------------|---------------------|---------|-----------|
| Consultation  | Consultation | D 3                 | Toutes  | 200,00 DH |
| TOTAL         |              |                     |         | 200,00 DH |

Mode règlement : Espèce

**CABINET DENTAIRE  
SPECIALISE**

**Arrêté le montant de la facture à la somme de :**

**Deux cent MAD**

**Signature du praticien**  
**Docteur Anouar CHKALANTE**  
**CHIRURGIEN DENTISTE**  
22, Bd. Omar Al Khayam, Rés. Fatima Zahra  
1er Ety. 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  
Page 1 sur 1  
Edité par www.dentaire.casa