

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 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- 0020277

Maladie

Dentaire

Optique

Au

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 619

Société :

Actif

Pensionné

Autre :

Nom & Prénom : ELFANE KHAYAT Date de naissance : 01/01/194

Adresse : DOMAINE DE DARB APT-A01 R.DEROUTE D'AZEMOUA

Tél. : 06.36.22.89.61 Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Anouar CHKALANTE  
CHIRURGIEN DENTISTE  
22, Bd. Omar Al Khayam  
Rés. Fatima Zahra 1<sup>er</sup> Etage  
N° 2 Beauséjour - Casablanca

Tél: 05 22 94 70 35

Date de consultation : 13/09/19

Nom et prénom du malade : ELFANE KHAYAT

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : prothèses dentaires

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 13/09/19

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

*[Signature]*

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

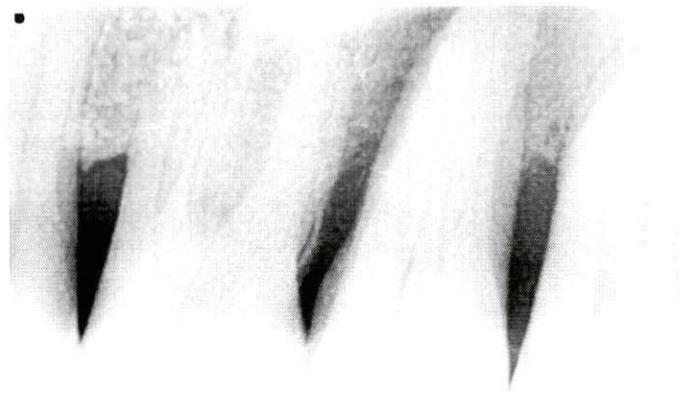
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

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.				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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
				17 SEP. 2019
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				de 3 cts
				7500,00
				DATE DU DEVIS
				13/09/19
				DATE DE L'EXECUTION
				30/10/19
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS 22, Bd. Oman Al Khayam Res. Fatima Zahra 1 <sup>er</sup> Etage N° 2 Beausejour - Casablanca Tél. 05 22 94 70 35				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

# Dr CHKALANTE ANOUAR



11 SEP 2019

ELFANE^KHAYAT 01/01/1946 Intraoral 13/09/2019 11:18:24

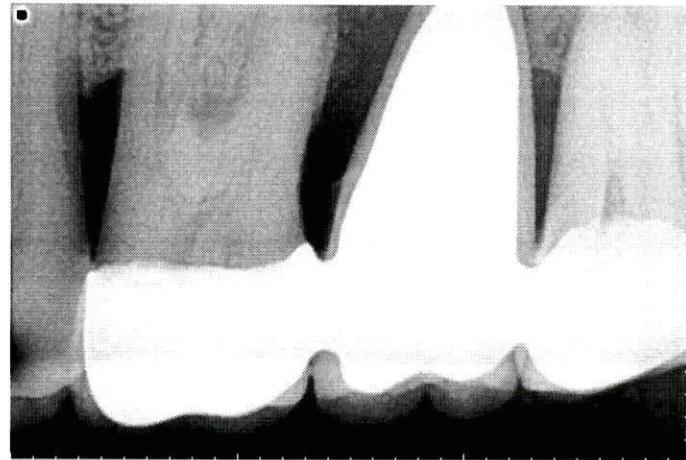
ACC: ID: 329

NOTE:

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

# Dr CHKALANTE ANOUAR

C

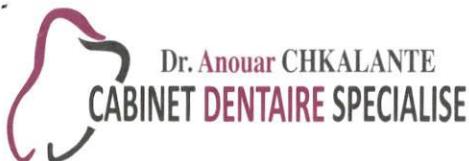


ELFANE^KHAYAT 01/01/1946 Intraoral 30/10/2019 10:37:50

ACC: ID: 329

NOTE:

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



Dr. Anouar CHKALANTE  
CABINET DENTAIRE SPECIALISE

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

الدكتور أنور شكلانط  
عيادة طب الأسنان متخصصة

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء  
دبلوم جامعي في زرع الأسنان كلية الطب بتولوز

Le : 30/10/2019

Nom : M. ELFANE KHAYAT

## Note d'honoraires N°: 185-F-2019

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
Couronnes céramo-métal	D754	D 180	26	2 500,00 DH
Couronnes céramo-métal	D754	D 180	27	2 500,00 DH
Couronnes céramo-métal	D754	D 180	28	2 500,00 DH
<b>TOTAL</b>				<b>7 500,00 DH</b>

Mode règlement : Espèce

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Sept mille cinq cent DH

Signature du praticien  
Docteur Anouar CHKALANTE  
CHIRURGIEN DENTISTE  
22, Bd. Omar Al Khayam  
Rés. Fatima Zahra 1er Etage  
N° 2 Beausejour - Casablanca  
Tél. 05 22 94 70 35  
الضربيه المنهية: 34821710 - الضريبة المضافة: 51103223 - الضمان الاجتماعي: 6673570 - التعريف الموحد: 001643066000071  
الهاتف: 05 22 94 70 35 - 05 22 36 54 77

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

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء  
دبلوم جامعي في زرع الأسنان كلية الطب بتولوز

Le : 13/09/19

Nom : ELFANE KHAYATI

Devis

Bridge de 3 unités sur les 26, 27 et 28

17 SEP. 2019

D<sub>180x3</sub> #7500,00 HT

~~Avec D540  
Prix abat~~

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

22، شارع عمر الخيام، إقامة فاطمة الزهراء، الطابق الأول رقم 2، بوسيجور - الدار البيضاء  
الضردية المهنية : 34821710 - الضريبة المضافة : 51103223 - الضمان الاجتماعي : 6673570 - التعريف الموحد : 001643066000071  
الهاتف : 05 22 94 70 35 - 05 22 36 54 77