

# 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

- Reclamation : 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 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](http://www.mupras.com)

**Déclaration de Maladie : N° S19-0047560**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0818 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JENNATE NALILA

Date de naissance : 12 06 49

Adresse :

Tél. : 0655568988 Total des frais engagés : 135.02, 00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. Ilyas KRAFESS  
Chirurgien Dentiste  
606, Lot El Houria II, Appt 1  
AV Résistance Mohammedia  
Email: ilyaskrafess@gmail.com*

Date de consultation : 14/03/2014

Nom et prénom du malade : JENNATE NALILA

Age : 1040

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) :

*Sil.*

### 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 - RADIGRAPHIES

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |   |
|---|----------------|------------------|-------------|---|
| 14  | ORT CX         | 015              |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br>NFK  |
| 15  | ORT CX         | 015              |             |   |
| 17  | ORT CX         | 025              |             |   |
| MONTANTS DES SOINS<br>#dCoofh   |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION   |
| Dr. Ilyas KRAFESS<br>Chirurgien Dentiste<br>606 Lot El Houria II. Appt 1<br>AV Resistance Mohammedia<br>iyls.krafess@gmail.com  |                |                  |             |   |
| FIN D'EXECUTION   |                |                  |             |   |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX<br>P1000  |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS<br>AM000RfH  |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br>H 25533412 21433552<br>D 00000000 00000000<br>B 00000000 00000000<br>35533411 11433553   |                |                  |             |   |
| (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                |                  |             |   |
| DATE DU DEVIS<br>DATE DE L'EXECUTION<br>Dr. Ilyas KRAFESS<br>Chirurgien Dentiste<br>606 Lot El Houria II. Appt 1<br>AV Resistance Mohammedia<br>iyls.krafess@gmail.com  |                |                  |             | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS<br>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION<br>Dr. Ilyas KRAFESS<br>Chirurgien Dentiste<br>606 Lot El Houria II. Appt 1<br>AV Resistance Mohammedia<br>iyls.krafess@gmail.com |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS<br>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION<br>Dr. Ilyas KRAFESS<br>Chirurgien Dentiste<br>606 Lot El Houria II. Appt 1<br>AV Resistance Mohammedia<br>iyls.krafess@gmail.com |                |                  |             |   |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS<br>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION<br>Dr. Ilyas KRAFESS<br>Chirurgien Dentiste<br>606 Lot El Houria II. Appt 1<br>AV Resistance Mohammedia<br>iyls.krafess@gmail.com |                |                  |             |   |

175270



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

Le 16 octobre 2023

DR. KRAFESS ILYAS  
606, AV LA RESISTANCE LOT EL HOURIA II  
MOH, 20000  
MAROC

**Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE**

**Identifiant adhérent : 0000818\_1949-06-12\_MALIKA**

**N/REF : 20232860024526**

**Adhérent : JENNATE MALIKA**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de MALIKA JENNATE.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 7690.50 MAD
- Restant à charge adhérent : 854.50 MAD

Validité de prise en charge : du 13-10-2023 au 13-01-2024.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à MALIKA JENNATE.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

LOI

 Directeur MUPRAS

**CONDITIONS ET MODALITÉS :**

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
  - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
  - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
  - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
  - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.





MOHAMMEDIA, le : 14/03/2024

**NOTE D'HONORAIRE/  
FACTURE N° : 61/24**

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT MUPRAS POUR LE COMPTE D'EL'ADHERENT  
MUPRAS**

**NOM : JENNATE  
MLE : 0818**

**PRENOM : MALIKA  
activité : RETRAITE**

**BENEFICIARE : Mme JENNATE MALIKA.**

| <b>Code Acte</b>        | <b>Désignation</b>  | <b>Montant MUPRAS</b> |
|-------------------------|---|-----------------------|
| D1000                   | Réalisation des ilycros sur la 14,15,17 et Bridge CCM sur la 14,15,17, remplacent la 16 | 11000 dh              |
| D55                     | Obturation canalaire sur la 14,15,17  | 2500 dh               |
| <b>TOTAL : 13500 dh</b> |   |                       |

Arrêter la présente facture à la somme de : Treize mille cinq cents dirhams.

**DOMICILIATION BANCAIRE :**

**BANQUE : BMCE.**

**AGENCE : Mohammedia Bd Hassan II.**

**COMPTE N° : 011787000004210000112952.**

**SIGNATURE DE L'ADHERENT :**

**CACHET DENTISTE :**

Dr. Ilyas KRAFESS  
Chirurgien Dentiste  
606, Lot El Houria II. Appt 1  
AV Résistance Mohammedia  
Email: ilyaskrafess@gmail.com

• Soins dentaires et Parodontaux - Chirurgie - Prothèse - Blanchiment - Radio - Orthodontie •

Dr. Ilyas KRAFESS

Chirurgien dentiste

Diplômé de la Faculté de Médecine  
Dentaire de Monastir - Tunisie  
Ex-interne des CHU de Sousse et de Monastir  
| Soins dentaires et Parodontaux |  
| Chirurgie | Prothèse | Blanchiment |  
| Radio | Orthodontie |



د. إلياس الكرافس

طبيب جراحي للأسنان

خريج كلية الطب بالمنستير

طبيب سابق بمستشفيات

سوسة والمنستير - تونس

أعاجز الأسنان و اللثة

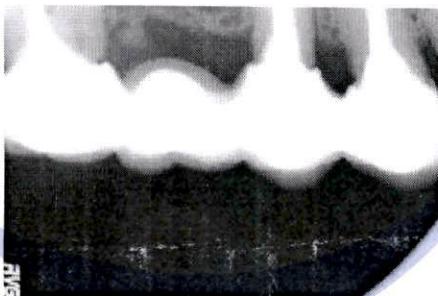
أجراحة تركيب اتيپس

أقوية الأسنان الشعنة

Mohammedia, le : .....  
2024-03-14

Nom: Mme JENNATE MALIKA

APRES



Dr. Ilyas KRAFESS  
Chirurgien Dentiste  
606 Lot El Houria II, Appt 1  
Av Résistance, Mohammedia  
ilyaskrafess@gmail.com

606, Av. La Résistance, Lot El Houria II, 1<sup>er</sup> étage Appt 1, Alia - Mohammedia

Tél/fax : 05 23 28 44 22 E-mail : [ilyaskrafess@gmail.com](mailto:ilyaskrafess@gmail.com)

I.C.E : 001667691000034 - Patente : 39397661 - I.F : 54610498

CNSS : 8730120 - INP : 094163755 N° d'ordre : 3401