

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.



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 Nalika Date de naissance : 12 06 49
 Adresse :
 Tél. : 0655568988 Total des frais engagés : 13500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 14/03/2024
 Nom et prénom du malade : JENNATE NALIKA Age : 1040
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Douleur et inflammation
 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) :

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

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
		AM	PC	IM	IV	

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	
	14	cur	0.15	COEFFICIENT DES TRAVAUX 0.15
	15	cur	0.15	
	17	cur	0.15	
				MONTANTS DES SOINS #25000
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div> <div>H</div> <div>25533412 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 35533411</div> <div>B</div> </div> <div> <div>H</div> <div>21433552 00000000</div> <div>G</div> <div>00000000 11433553</div> <div>B</div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX 0.1000
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS AM0000
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION 14/03/2014

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ilyas KRAFISS
Chirurgien-Dentiste
606-Lot El Houria II. Appt 1
AV Resistance Mohammedia
-331: 0156260000@gmail.com

Le 16 octobre 2023

DR. KRAFISS 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.

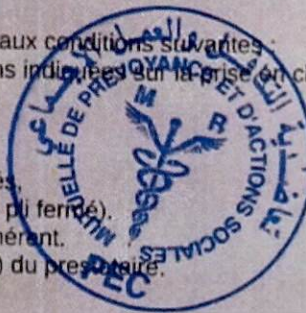
Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à MALIKA JENNATE.

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

 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 prescripteur.





MOHAMMEDIA, le : 14/03/2024

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

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT MUPRAS POUR LE COMPTE DE L'ADHERENT
MUPRAS**

NOM : JENNATE MLE : 0818	PRENOM : MALIKA activité : RETRAITE
---	--

BENEFICIAIRE : Mme JENNATE MALIKA.

Code Acte	Désignation	Montant MUPRAS
D1000	Réalisation des ilycors 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

TOTAL : 13500 dh

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 Hourria II, Appt 1
AV Résistance Mohammedia
Email: ilyaskrafess@gmail.com

Dr. Ilyas KRAFISS
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 جراحى للأسنان

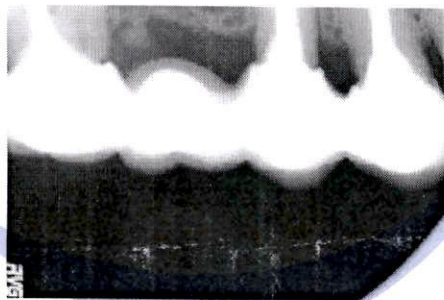
خريج كلية الطب بالمنستير
طبيب سابق بمستشفيات
سوسة والمنستير - تونس

إعلاج الأسنان واللثة |
إجراحة تركيب تيجن |
تقويم الأسنان الأشعة |

Mohammedia, le :
2024-03-14

Nom: Mme JENNATE MALIKA

APRES



Dr. Ilyas KRAFISS
Chirurgien Dentiste
606, Lot El Houria II, Appt 1
AV Résistance Mohammedia
e-mail: ilyaskrafess@gmail.com

606, Av. La Résistance, Lot El Houria II, 1^{er} étage Appt 1, Alia - Mohammedia

Tél/fax : 05 23 28 44 22 E-mail : ilyaskrafess@gmail.com

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

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