

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

- 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 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

M23-0027412

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2320

Société : Retraite

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : pec

Nom & Prénom : RAHHALI Abdelkader

Date de naissance : 1972

Adresse : Rue N° 26 Djaou Lbrah Mohamed

Tél. : 069813718

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ilyas KRAFISS
Chirurgien Dentiste
608, Lot El Houria II. Appt 1
Assistance Mohammedia
20000 Casablanca

Date de consultation : 07/01/2019

Nom et prénom du malade : RAHHALI ABDELKADER

Age : 1972

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Soins et prothèses dentaires

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 : Casablanca

Le : 07/01/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-0027412

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



DEVIS DETAILLE

Nom : Mr RAHHALI ABDELKADER

Je soussigné Dr ILYAS KRAFISS docteur en médecine dentaire, certifie avoir
examiné ce jour le 07 / 05 / 2024 **Mr RAHHALI ABDELKADER** et son état a
nécessite des soins et des prothèses dentaires :

†Extraction de la 37 ,41 ,47 ,46.

† Obturation canalaire sur la 44,33,43,42,31,32.







† Obturation résine composite sur la 43,42,31,32.

† Réalisation des inlaycores sur la 44,33.

†Réalisation d'une prothèse conjointe dentaire inférieur de type CCM (Bridge
CCM sur la 44,43,42,31,32,33 remplacent 41)

†Réalisation d'un stéllite inférieur avec attachement remplacent la
45,46,47,34,35,36,37.

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

N° Dossier: 204855 
N° Dossier externe: PEC-02320-08-05-2024
Type de dossier: DENTAIRE 
Bénéficiaire: RAHHALI ABDELKADER
Situation: Notifié 
Sous-situation: --- 
Date de début: 08-05-2024 
Date de fin: 
Date de saisie: 08-05-2024
Événement: \

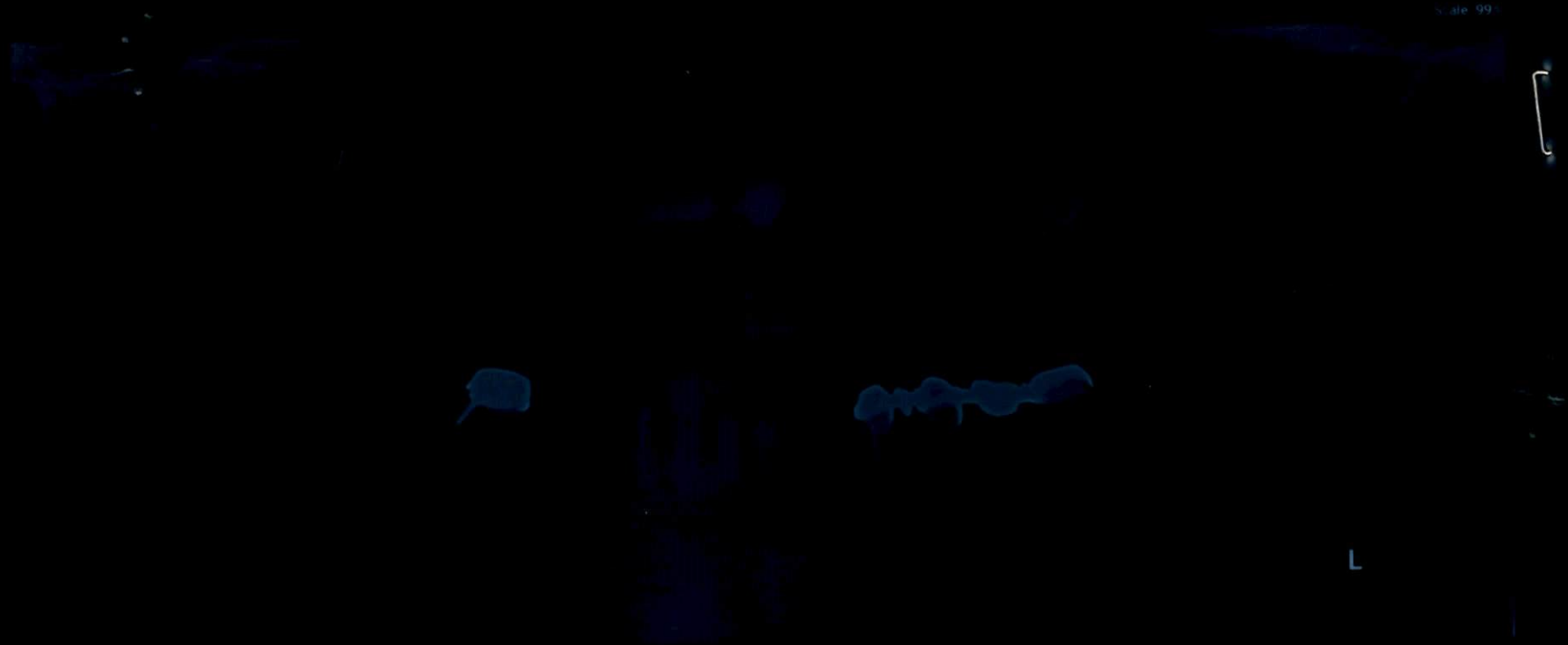
Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
10-05-2024	Manuel	ECRITURE ILLISIBLE REFAIRE DEVIS BIEN LISIBLE

RAHMANI ABDEL KADER 05/05/52
ID 53490



07.05.24.68 14V 10.0mA 18.0kV 18.0cm

RADIOLOGIE EL ALIA