

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



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

98364

Nº W19-414976

~~Page Header~~

R. H. H. de

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 proth

- 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3037	Société : ROYAL AIR MAROC		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HABILY Nohamme			
Date de naissance : 29/01/1960			
Adresse : Res. Jmaa 233A N°1 El-Mohammadia			
Tél. : 60000476 Total des frais engagés : 60000476			
Cadre réservé au Médecin			
Dr. Ilyas KRAFESS Chirurgien Dentiste 606, Lot E, Aopia II, Appt 1 AV Résistance Mohammedia Email: iyaskrafess@gmail.com			
Cachet du médecin : 50 SEP. 2013			
Date de consultation : 22/06/19			
Nom et prénom du malade : HABILY Nohamme			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : ostéites Dentair			
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.			

—
—
—

Déclaration de maladie

Nº W19-414976

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

Matricule : 5087
Nom de l'adhérent(e) : HABIBY
Total des frais engagés : 6000 DH

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <u>LELELELELE</u>

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	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie de préciser la dent traitée, l'autre pratique traitant la dentition des soins			
Important: Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitements cancéreux, ainsi que le bilan de l'OC			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			INP : <u>094163755</u>
			Coefficient DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
			<u>10 SEP 2019</u>
1. O.D.F. PROTHESSES DENTAIRES			
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H 25533412 21493553 00000000 00000000 00000000 00000000 33533411 11493553			
B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la protection			
G Réalisation des Prothèses CCR S. 1. 34 + 44			
D Réalisation des Prothèses CCR S. 1. 34 + 44			
DATE DU DEVIS <u>22/06/19</u>			
DATE DE L'EXECUTION <u>08/08/19</u>			
Montants des soins <u># 6000 Dh</u>			
COEFFICIENT DES TRAVAUX <u>0500</u>			
Montants des soins <u>6000 Dh</u>			
DATE DU DEVIS <u>22/06/19</u>			
DATE DE L'EXECUTION <u>08/08/19</u>			
Dr. Ilyas KRAFESS Chirurgien Dentiste 606, Lot El Mouria II, App. 1 AV Résistance Mohammedia Email: ilyaskrafess@gmail.com			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ilyas KRAFESS

Chirurgien dentiste

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



د. إيلاس الكرافيس

طبيب جراحي للأسنان

خريج كلية الطب بالمنستير

طبيب سابق بمستشفيات

سوسة والمنستير - تونس

أعلاج الأسنان و اللثة

أجر لحة تركيب اثنيض

انتقديم الأسنان الشعاع

2019-08-08

Mohammedia, le :

NOTE D'HONORAIRE(152/2019)

Nom : Mr HABILY MOHAMED

Je soussigné Dr ILYAS KRAFESS docteur en médecine dentaire, certifie
avoir examiné ce jour le 08/08/ 2019 **Mr HABILY MOHAMED**
et son état a nécessité un traitement dentaire; dont le montant
s'élève à 6000 dh (six mille dirhams).

Signature attestant le paiement des honoraires :

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

Dr. Ilyas KRAFESS

Chirurgien dentiste

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



د. إيلاس الكرافس
طبيب جراحي للأسنان

خريج كلية الطب بالمستشفى
طبيب سابق بمستشفيات
سوسة و المنشية - تونس
اعلاج الأسنان و اللثة
اجراحة اتر كيوب انيبض
القوس الأسنان الشعاع

2019-06-22

Mohammedia, le:

Nom : Mr HABILY MOHAMMED



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

Dr. Ilyas KRAFESS
Chirurgien dentiste'

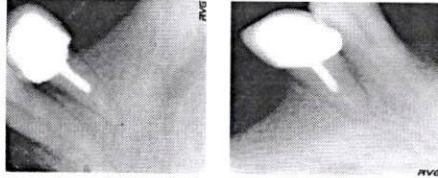
Diplôme de la Faculté de Médecine
Dentaire de Monastir - Tunisie
Ex-interne des CHU de Sousse et de Monastir
| Soins dentaires et Parodontaux |
| Chirurgie | Prothèse | Blanchiment |
| Radio | Orthodontie |



د. إلياس الكرافس
طبيب جراحي للأسنان
خريج كلية الطب بالمنستير
طبيب سابق بمستشفيات
سوسة والمنستير - تونس
اعلاج الأسنان و اللثة
اجراحة تركيب اتيپس
انقوريم الأسنان اشعه

Mohammedia, le : **2019-08-08**

Nom : Mr HABILY MOHAMED



Dr. Ilyas KRAFESS
Chirurgien/Dentiste
606, Lot El Houria II, Appt 1
AV Résistance Mohammedia
Email: 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

2019-10-15

LETTRE EXPLICATIVE
ANNULATION DE PRISE EN CHARGE

Nom : Mr HABILY MOHAMMED

Je soussigné Dr ILYAS KRAFESS docteur en médecine dentaire, que

Mr HABILY MOHAMMED ; selon sa demande on a réalisé un devis et non une prise en charge pour la réalisation de 2 CCM sur la 34,44 et nous certifions que le patient a réglé la totalité de la facture.

Veuillez agréer, Messieurs nos salutations distinguées.

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

MUPRAS collecte vos données en vue de gérer la couverture de santé. Vos données peuvent être communiquées aux services MUPRAS, aux prestataires de santé au Maroc et sous-traitant situé dans un pays assurant une protection suffisante de la vie privée.

Vous disposez d'un droit d'accès de rectification et d'opposition en vous adressant à : contact@mupras.com

Ce traitement a été autorisé par la CNPD sous numéro :

Ce transfert a été autorisé par la CNPD sous numéro :

MUPRAS
Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah Quartier de l'Horloge - Casablanca -
20000 Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Nº P19-0000001

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-0000001

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 :

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 و المنستير - تونس
 علاج الأسنان و اللثة |
 اجراحة | تركيب اتبیض |
 انقىم الأسنان |أشعة |

2019-10-15

Mohammedia, le :

LETTRE EXPLICATIVE
ANNULATION DE PRISE EN CHARGE

Nom : Mr HABILY MOHAMMED

Je soussigné Dr ILYAS KRAFESS docteur en médecine dentaire, que

Mr HABILY MOHAMMED ; selon sa demande on a réalisé un devis et non une prise en charge pour la réalisation de 2 CCM sur la 34,44 et nous certifions que le patient a réglé la totalité de la facture.

Veuillez agréer, Messieurs nos salutations distinguées.

de pris annulation
 RCL et
 voulez au RCL
 15/10/2019

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

