

# 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.

168 791

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 5036		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ABDELLATIF
Nom & Prénom : BAIJI			
Date de naissance : 27/09/1964			
Adresse : HAY EL FATH 3 Rue 26 N° 8 CASA			
Tél. : 06.1415007		Total des frais engagés : 250,00 DH	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Cadre réservé au Médecin

Dr. MAKAYSSI RAKIA  
Anesthésie - Réanimation  
Clinique JERRADA CASIS  
INPE : 061308920

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BAIJI ILLIAS Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

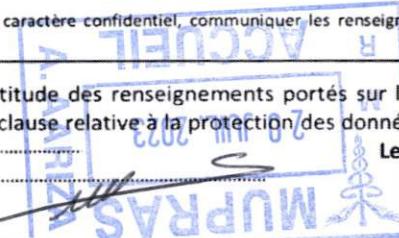
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at/le médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 10/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

RELEVE DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11.07	CPA		250,00	IND
23				MAKA Anesthésie - JERRY N° : 0613083

## 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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### OLET ADHERENT

#### 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 canalaires, ainsi que le bilan d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 11-07-2023

## Facture N° 13421/23

### A. Identification

N° Dossier : CJO23G11100140 N° Identifiant : 078802/23

**Nom & Prénom : M. BAIJI ILIAS ABDERRAHMANE**

C.I.N : BW46527

Adresse : HAY EL FATH 3 RUE 25 NR 08 AIN CHOK CASABLANCA

Médecin traitant : DR . MAKAYSSI RAKIA

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 11-07-2023

Date Sortie : 11-07-2023

Traitements :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
						<b>PARTIE CLINIQUE : 0,00</b>
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>						
1	DR. MAKAYSSI RAKIA (ANESTHESIE-REANIMATION)		250,00			250,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						<b>TOTAL GENERAL 250,00</b>

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

  
**AKDITAL**  
 Clinique Jerrada Oasis  
 مصحة جرادة oasis

**PROFESSEUR LAOUISSI NADIA**  
**Spécialiste en Ophtalmologie, Maladies et Chirurgie des Yeux**  
**Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de CASA**  
**Ex. Attachée au CHU de NANTES (FRANCE)**  
**Chirurgie du Strabisme**

Casablanca, 10/07/ 2023

**VISITE PRES ANESTHESISTE**

- Nom du malade : BAIJI ILIAS
- ACTE : STRABISME
- ATCD : RAS

Dr. Laouissi Nadia  
Professeur en Ophtalmologie  
76, Boulevard Abdelmoumen  
Res Koutoubia Casablanca  
Tel: 0522 99 46 00 / 0522 99 00 15

**76, bd Abdel Moumen –Résidence koutoubia ,1<sup>er</sup> étage, Casablanca Tél.  
0522994600**

# CLINIQUE JERRADA OASIS

**NOM DU PATIENT :** M. BAIJI ILIAS  
ABDERRAHMANE  
**DATE DE NAISSANCE :** 25/11/2004  
**CJO23G11100140**



Reçu N°: 149416

Paiement du 11/07/2023 10h03

**Actes**

**Montant**

**250,00 Dh**

**Type de paiement**

**Espèce**