

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

Declaration de Maladie

N° W21-807753

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5036 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAIJI ABDELLATIF

Date de naissance : 27/09/1964

Adresse : HAY EL PATH 3 Rue 25 N° 8 CASA

Tél : 061415007 Total des frais engagés : 250,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BAIJI ILIAS 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'att. 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 : CASA Le : 10/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
11.07	CPA		250,00	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
23				

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

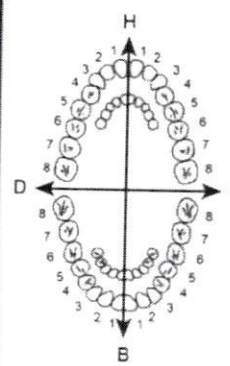
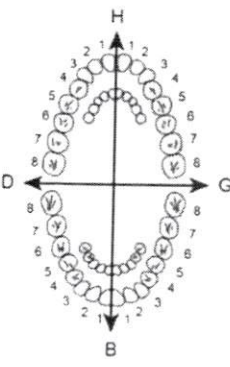
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

OJET ADHERENT

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

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 11-07-2023

Date Sortie : 11-07-2023

Médecin traitant : DR. MAKAYSSI RAKIA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE :						0,00
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. MAKAYSSI RAKIA (ANESTHESIE-REANIMATION)		250,00			250,00
Total Rubrique :						250,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						250,00
TOTAL GENERAL						250,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

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 الواحيس

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
Tél: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15

**76, bd Abdel Moumen –Résidence koutoubia ,1^{er} 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