

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 canaux, 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 canaux.

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

M22- 0045372

☐ Maladie☐ Dentaire☐ Optique☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9233

Société : RAM (RETRAITEE)

☐ Actif☒ Pensionné(e)☐ Autre :

Nom & Prénom : SABER Soumia

Date de naissance : 12/09/1962

Adresse : 19 Rue El Yassmine Résidence ELIZABETH 14 APPT 11

Tél. : 06 66 08 98 93

Total des frais engagés : Dhs

167582

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 : Pathologie :

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 : 03/07/2019

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0045372

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 : 9233

Nom de l'adhérent(e) : SABER Soumia

Total des frais engagés : 167582

Date de dépôt :

وصفة طبية

Ordonnance

26/06/2013
Casablanca, le :

Soeur S. O. M. J.

à la s. M. J.

Pr. CHAGOU A. MISS
Orthopédie, Traumatologie
Tél : 091177519
Tél : 06 6 55 25 72



GAMMA MEDIC

PARA PHARMACIE - COSMETIQUE - MATERIEL MEDICAL

N° 001642

☐ FACTURE


Le 26/06/2023

☐ BON DE LIVRAISON

M

SABER SAUMIYA

DEVIS

Qté	Désignation	P. U.	Total
01	Bette WALKER	800,00	800,00
			
	T =	800,00	

4, Av. Lala Asmae Res Zahra Tabriquet-Salé
Tél : 05 50 09 93 32
Gsm : 06 61 18 23 16 / 06 25 91 60 24
E-mail : laaroussimostapha@gmail.com

R.C : 10988
Patente : 29020894
IGR : 36114450
ICE : 001753209000036

Casablanca, Le 29Mai2023

Déclaration sur l'honneur

Madame, Monsieur,

Je soussigné Mr **KREDDA JAAFAR** employé RAM actif, Mle 9228, CIN B451760

demeurant sis **19 RUE EL YASSAMINE RESIDENCE GHIZLANE14 APPT11 HAY RAHA**

CASABLANCA, conjoint de Mme SABER SOUMIA retraitée RAM Mle 9233, CIN B765338.

Déclarant sur l'honneur que ma femme **SABER SOUMIA** avoir glissée et tombée le jour

du **24mai2023** à **12h05** dans notre demeure d'où le diagnostic après l'avoir emmenée

de toute urgence à l'**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID** de fracture de la cheville

et du pied droit, nécessitant une intervention chirurgicale.

Nous vous informons que tout le dossier médical en votre possession.

En ce qui concerne sa convalescence, elle est chez ses parents à Salé sous surveillance

par ses membres de sa famille et pour tout renseignement, nous vous prions de noter son

GSM 06 66 08 98 93

Signé : **KREDDA JAAFAR**

