

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-816841



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11012 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

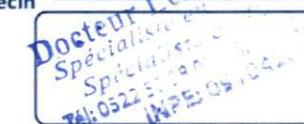
Nom & Prénom : TAYAET NAHID

Date de naissance : 29/03/80

Adresse :

Tél. : 0669593337 Total des frais engagés : A86445 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/11/13

Nom et prénom du malade : NEGHATI Ghali Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Asthma, rhinitis, sinusitis

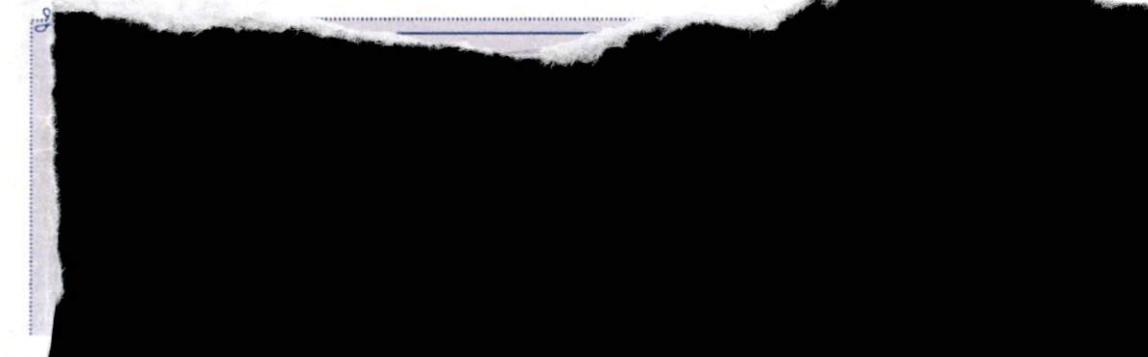
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

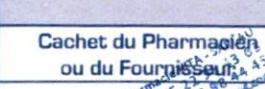
Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacien : A. 33 03 Tél: 05 21 06 14 43 Fax: 05 22 06 14 43 E-mail: pharmacien@pharmacie-saint-sauveur.fr	28/11/23	203,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

BELEVE 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 de l'ODF.



الدكتورة الشرايبى ليلى

Dr. CHRAIBI Leila

SPÉCIALISTE EN ALLERGOLOGIE
ADULTES ET ENFANTS

إختصاصية في جميع أنواع الحساسية

للكبار و الصغار



الدكتورة الشرايبى ليلى

Dr. CHRAIBI Leila

SPÉCIALISTE EN PÉDIATRIE

إختصاصية في طب الأطفال

والرضع

Casablanca, le 28/11/23 الدار البيضاء، في

NEEDSOFI Chraibi

2

118,70

3 Dultavax

84,70

Zer Meng geboh
1 geboh

203,40

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Dultavax inj b1 ser 1 dose
P.P.V : 118,70 DH
Barcode: 6 118001 080342

2
LOT 22.348/FC22
PER 12/2025
PPC 84,70
32 Gélules

② VITA
Pharmacie VITA - SARLAU
Tél: 05 22 98 43 63
fax: 05 22 98 44 44
e-mail: vita.sarla@gmail.com

Dr. Leila CHRAIBI
Spécialiste en Allergologie
Tél: 0522553622 GSM: 0600036946
UPPE: 091942673

Sur rendez-vous

3011 Route de Bouskoura, 22 Lotissement Sofia, 2ème étage à côté de la mosquée Al Saoud1-Bouskoura

Tél.: 05 22 59 98 01 - GSM : 06 00 03 60 46