

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.

Biologie 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 3 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 059970

ND: 49120

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7699 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Samir Mostafa

Date de naissance : 12.12.55

Adresse : Dem adu

Tél. : 0674888484 Total des frais engagés : 1795 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

24.10.2020

79,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des
Coefficients

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature
du Praticien

Date des
Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

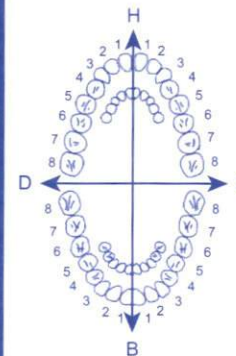
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

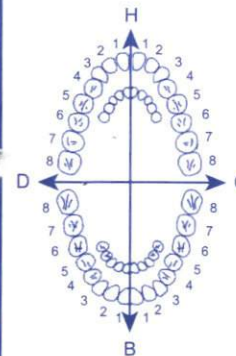
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
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'EXECUTION



L PHARMA SARL AU

FACTURE N°... 7779

M. ordonné... SAMLALI... MOSTAFA

Quantité	Désignation	Prix unitaire	Prix total
01	Apixol 4p E (5)	79,50	79,50
Total Final			79,50

SARL AU au capital de 2928400 MAD – 687, angle Bd Oued Sebou et Rue 150-El Oulfa – Casablanca -

Tél : 05 22 90 50 09 Email: jtahiri@live.fr

R.C: 342051 – Patente : 36047237 – CNSS: 1187956 – I F: 18733058 – ICE: 000287321000005

(م)

أبكسول



8 032578 477337

ي على 200 مل.
توي على 200 مل.

Lot: 200188
À consommer
avant le: 04/2023
PPC: 79,00 DH

مخلصة من صمغ النحل، الإكيناسيا ومواد طبيعية أخرى تساعد
و تهدئتها في حالة إصابتها بالالتهاب كما تعمل على تقوية جهاز
المناعة.

دواعي

- تراكم البكتيريا في الجهاز الهضمي.
- التهاب الحنجرة.
- البحة.

نصائح الإستعمال :

أبكسول* للكبار : ملعقة كبيرة واحدة (1) ثلاث (3) إلى أربع (4) مرات في اليوم.
أبكسول* للصغار :

- أقل من 4 سنوات : ملعقة صغيرة واحدة (1) ثلاث (3) إلى أربع (4) مرات في اليوم.
- من أربع إلى 12 سنة : ملعقة كبيرة واحدة (1) ثلاث (3) إلى أربع (4) مرات في اليوم.

إحتياطات الإستعمال :

- لا ينصح استعماله عند الأشخاص ذوي حساسية لمستخلصات خلية النحل.
- لا ينصح استعماله عند الحامل.
- قد يحتوي المحلول على رواسب ناتجة عن طبيعة مكوناته دون المس بجودته أو فعاليته.
- يجب إحترام الكمية الموصى بها.
- يحرك جيدا قبل الاستعمال.
- يحفظ في مكان بعيد عن الحرارة ويستهلك في مدة لا تتجاوز شهرا بعد فتحه.
- يوضع بعيدا عن متناول الأطفال.

مكمل غذائي ليس بدواء.

صنع من طرف فارملايف ريسورتش إيطاليا.
مستورد و موزع في المغرب من طرف مديرو فارما.

رخصة وزارة الصحة رقم :

أبكسول* للكبار / DA 20141312124DMP/21v1

أبكسول* للصغار / DA 20161312198DMP/20UCA/v1

رخصة المكتب الوطني للسلامة الصحية للمنتجات الغذائية رقم ES.5.229.16