

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

aladie 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

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 49180

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7699 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

SARAH MOUSTAFI

Date de naissance :

12.12.55

Adresse :

Dem. adresse

Tél. : 0677888484

Total des frais engagés :

179.50 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 :

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 : CSA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
Pharmacie El Oulef Oued Sehou	24.10.2020	79,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



LPHARMA SARL AU

FACTURE N°.....7777.....

M. odisean SAMALI MOSTAFA

گیسوول

8 032578 477337



توري على 200 مل.
ديوري على 200 مل.

Lot:
À consommer
avant le:
PPC: 79,00 DH

200188

04/2023

خلصة من صمغ النحل، والإكيناسيما ومواد طبيعية أخرى تساعد و تهدئها في حالة إصابتها بالإلتهاب كما تعمل على تقوية جهاز ي.

۲۰

11

۱۰

• 11

٦٤

علی

23

نصائح الاستعمال:

أكْسُول® للكبار: ملعقة كبيرة واحدة (1) ثلث (3) إلى أربع (4) مرات في اليوم.

أِكْسُول® للصغار :

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

إحتياطات الاستعمال:

- 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.

مکمل غذائی لیس بدواء.

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

رخصة وزارة الصحة رقم :

أكْسول® للكار / 21v1 DA 20141312124DMP

DA 20161312198DMP/20UCA/v1 للصغار / أكسول®

رخصة المكتب الوطني للسلامة الصحية للمنتجات الغذائية رقم ES.5.229.16