

# 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 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0005506

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2352 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL COUHEN HASSAN

Date de naissance : 12.02.83

Adresse : Digan el handa n°2 B. ABDELHAK

Tél. : 05 22 22 78 18

Total des frais engagés : 000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/09/2022

Nom et prénom du malade : EL COUHEN HASSAN

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Cereb. Rupt. + BPCO

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) :

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Pr. Abdelaziz BAKIATAR  
Pneumo-Phthiriologue Allergologue  
16 Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual  
Casablanca - Tél: (212) 522 99 66 24

MUPRAS  
20 SEP. 2022  
ACCU



# 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
12/09/22	C3	1	300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/09/2022	1414,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

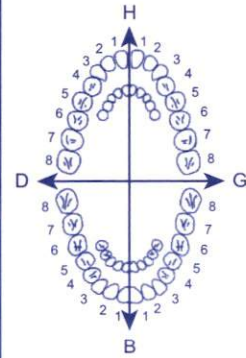
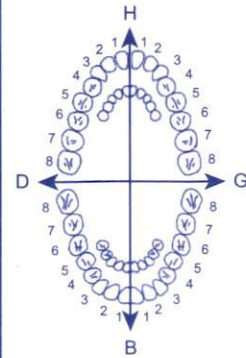
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur  
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de  
Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation  
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)  
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang



الدكتور عبد العزيز باخطار  
أستاذ التعليم العالي سابقا  
بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
شهادة A.F.S.A. (شهادة التدريب المتخصص  
المعمق بمستشفى بوجون، باريس)  
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في .....

12.09.2022

Mr ELCOUHEN HASSAN

1 - CURCUFLEX FORTE

1 par jour, après le repas, pendant 1 mois.

2 - HONIX SUPERTONUS

1 le matin, pendant 2 mois.

3 - ULTIBRO BREEZHALER 110UG/50UG

Faire 1 inhalation en inspiration bucc le matin, avant le repas, pendant 2 mois.



Pr. Abdelaziz BAKHATAR  
Pneumo-Phthisiologue Allergologue  
16, Bd. Abdelmoumen Angé - 4<sup>e</sup>. Anoual  
Anoual Capital Center 1<sup>er</sup> étage N°5  
Casablanca - Tél: (212) 522 99 66 24

ULTIBRO®BREEZHALER®

110 µg/50 µg  
Poudre pour inhalation  
en gélule. Boîte de 30.  
PPV : 843 DH



ULTIBRO®BREEZHALER®

110 µg/50 µg  
Poudre pour inhalation  
en gélule. Boîte de 30.  
PPV : 843 DH



PHARMACIE MIMOSA  
Noureddine MOKHLIS  
R.R 322 Km6 Beni Mekraz Mansouria  
Ben Slimane - Tél.: 05 23 32 93 41







Gélules  
Voie orale

# CurcuFlex®

Extrait Curcuma Longa (Curcumine) - Extrait Gingembre - Vit. C - Vit. D

À base d'actifs naturels

forte

Deva  
Pharmaceutique

## FORME ET PRESENTATIONS

Gélules : Boite de 15 - Boite de 30 - Boite de 60

## COMPOSITION

Extrait Curcuma Longa (Curcumine) – Beta cyclodextrine; Extrait Gingembre (Zingiber officinale); Vitamine D3 (Cholécalficérol); Vitamine C (Acide ascorbique); polysorbate.

	Par 2 gélules	AJR*
Extrait Curcuma longa titré et standardisé	350 mg	
Curcumine*	105 mg	
Extrait Gingembre (Zingiber officinale)	20 mg	
Vitamine D	5 µg (200 UI)	100 %
Vitamine C	16 mg	26 %

(\*) : Principal principe actif extrait du Curcuma longa

AJR\* : Apport Journalier Recommandé

## PROPRIETES

**CurcuFlex® forte** est à base d'actifs naturels qui contribuent au soulagement de l'inconfort articulaire, musculaire, digestif et nerveux.

**CurcuFlex® forte** est une association synergique de deux extraits naturels de référence titrés et standardisés en actifs : Extrait Curcuma Longa (Curcumine) et l'extrait Gingembre (Zingiber officinale) qui contribuent au maintien d'articulations souples permettant une mobilité et un confort articulaire tout en limitant l'usure du cartilage. Ces actifs aident aussi à soulager les douleurs digestives et intestinales ; et à contribuer à un bon équilibre nerveux.

**CurcuFlex® forte** contient aussi de la vitamine D qui contribue au maintien d'un fonctionnement normal des muscles et de la vitamine C qui favorise une formation normale du collagène pour un bon fonctionnement du cartilage et des vaisseaux sanguins.

## VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale

À avaler avec un grand verre d'eau.

Phase d'attaque : 1 gélule 2 fois par jour

Phase d'entretien : 1 gélule par jour

La posologie peut être modifiée selon les recommandations de votre médecin ou pharmacien

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser un produit

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Ne pas utiliser chez les personnes présentant une hypersensibilité à l'un des composants du produit

Tenir hors de la portée des enfants.

Conserver dans un endroit frais et sec

Ne pas être utilisé comme substitut d'une alimentation variée

Complément alimentaire. N'est pas médicament.

Autorisation Ministère de la santé : DA20181805316DMP

Deva Pharmaceutique

J.OUAJDI Pharmacien Responsable

ne nerveux

LOT: 220234  
DLUO: 03/2025  
83,00DH

ie  
anca