

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

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 : 12.02.13

Adresse : Diyar El Hamra n°2 B⁵ ORS EL HAB

Tél. : _____ Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/09/2022

Nom et prénom du malade : EL COUHEN HASSAN Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : _____

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Geg haptiq + BP Co

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) : [Signature]

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
12/09/22	CB	0	300,-	 Dr. Abderraziz BAKHATAR Allergologue Anoual - Angle Bd. Anoual 1er Etage N°5 12) 522 99 66 24

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MIMOSA Noureddine MOKHLIS R.R 322 Km6 Beni Mekraza Mansouria Beni M'hamed - Tel: 05 23 32 93 41	10/09/2022	1014,00

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
		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 de l'ODF.

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															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	B															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

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 سابقاً

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

83,00 1 - CURCUFLEX FORTE

1's

145,00 1 par jour, après le repas, pendant 1 mois.

2 - HONIX SUPERTONUS

1's

1 le matin, pendant 2 mois.

3 - ULTIBRO BREEZHALER 110UG/50UG



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

(843,00 x 2)

1914,00

ULTIBRO®BREEZHALER®

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

6 118001 031481

ULTIBRO®BREEZHALER®

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

6 118001 031481

Pr. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Phthisiologue Allergologue
16, Bd. Abdellouna Anoual
Anoual Capital Center 1er étage N°5
Casablanca - Tél: (212) 522 99 66 24

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





Gélules
Voie orale

CurcuFlex® forte

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

À base d'actifs naturels

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 (Cholécalciférol); Vitamine C (Acide ascorbique); polysorbate.

	Par 2 gélules	AJR*
Extrait Curcuma longa titré et standardisé Curcumine*	350 mg	
	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

PRÉCAUTIONS 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

