

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.

M22- 0017228

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1369

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Rimaoui RAHAL

Date de naissance :

1943

Adresse :

DEROUA

Tél. 05 22 53 24 10 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

24/07/2023

Nom et prénom du malade :

Dr Rimaoui RAHAL

Age :

Lien de parenté :

Soi-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Polyarthralgie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : DEROUA

Le : 25/09/2023

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
27/04/2023	U	1	300,00	
19/08/2023	h	1	0	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/08/2023	360,000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

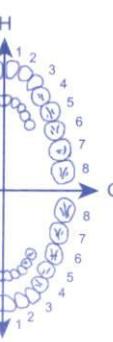
AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODE

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F ROTHESES DENTAIRES	Determination du coefficient masticatoire			
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	Coefficient des travaux
	G			
	B			
		(Création, remont, adjonction)		Montants des soins
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Jalal HASSOUN

Traumatologie et Chirurgie Orthopédique
Ancien Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

Pr. Jalal HASSOUN
Chirurgie Orthopédique
12 Rue des Hôpitaux-Quartier des Hôpitaux
Casablanca
091037192



الدكتور جلال حسون

جراحة العظام والمفاصل
أستاذ سابق بكلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le : 18/08/2023

R² Rimavasim Raha

350⁰ Brusflex gel



1 gel x 21g

x 2 mois

350 ps apres repas



Pr. Jalal HASSOUN
Chirurgie Orthopédique - Traumatologie
12 Rue des Hôpitaux-Quartier des Hôpitaux
Casablanca
091037192

42, rue des Hôpitaux, Résidence les pléiades RDC B2 - Quartier des Hôpitaux - Casablanca

42 زنقة المستفيضات - إقامة لبلياد - الطابق الأرضي - مكتب 2 - الدار البيضاء

05 22 27 12 69 05 22 27 10 48 www.cabinetdrhassoun.com

@jalal.hassoun@cabinetdrhassoun.com jhassoun3@yahoo.fr

ICE: 001588606000068 / INPE: 091037192

MULTIFLEX DUOFLEX

Posologie: 1 gélule par jour au milieu du repos.

Indication: Remède d'appoint à effet différé de l'arthrose.

Avertissement:

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée sans avis du médecin.

Maintenir hors de la portée des enfants.

Complément Alimentaire, Ce n'est pas un médicament.

Non recommandé pour les enfants, femmes enceintes et allaitantes.

Conserver dans un endroit frais et sec.

PRINCIPE ACTIF	1 Gélule	% AJR*
Insaponifiable d'avocat et soja:	300 mg	—
- Insaponifiable d'huile d'avocat	100 mg	
- Insaponifiable d'huile de soja	200 mg	
Curcuma	15 mg	—
Harpagofito	15 mg	—
Boswellia	40 mg	
Vitamine C	32 mg	40%

* AJR: Apport Journalier Recommandé.



8 435110 860428

INSAPONIFIABLE D'AVOCAT ET SOJA
Curcuma, Harpagophytum;
Boswellia, Vitamine C

DUOFLEX 60 GELULES
LOT : 220007
PER : 11/2025
PRIX : 350 DH

INSAPONIFIABLE D'AVOCAT ET SOJA
Curcuma, Harpagophytum;
Boswellia, Vitamine C

**MULTIFLEX
DUOFLEX**

60 Gélules

Composition: 300 mg Avocida correspondant à 100 mg d'insaponifiable d'huile d'avocat et 200 mg d'insaponifiable d'huile de soja, 15 mg de Curcuma (Curcuma longa L., rhizome), 15 mg de Harpagofito (Harpagophytum procumbens (Burm.) Agent de charge (Maltodextrine), 40 mg extrait sec de Boswellia (Boswellia serrata Roxb. ex Colebr., résine) standardisé à 65% dans acide betaboswellique, 40 mg de extrait sec de Grenadier (Punica granatum L., fruit) standardisé à 40% dans acide ellagique, 32 mg de Vitamine C (Acide l-scorbique), Agent de charge (Cellulose microcristalline) et Antioxydant (Gélatine végétale). Enveloppe (Gélatine végétale).

Présentation: 60 gélules de 799 mg.

Poids net: 48 g.
220007
11/2025

Importé et distribué par PEGASUS PHARMA
Direction Marketing et commerciale TANGER
Tél: 0539-94-41-51
email: pegasuspharma@outlook.com

Lot et Consommer de préférence avant la fin de (mois/année):
Voir emballage.

Titulaire & Exploitant / Fabrique
PEGASUS PHARMA SL / R.N.P
ESPAGNE / Montre perdiujo , 90

Complément Alimentaire, Ce n'est pas un médicament.

CE N : DA20201507176DMP/20UCA/MAV3

60 Gélules

**MULTIFLEX
DUOFLEX**