

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



Déclaration de Maladie
N° M21- 0015516

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01173 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELMOUFLIH Khaddouj
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : 300 + 23,81 + 23,81 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 08 / 04 / 2021
 Nom et prénom du malade : EL MOUFLIH Khaddouj Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : affection dermatologique
 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 : 08 / 04 / 2021
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

Prothèse 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

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

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
02.07.21	G		300.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

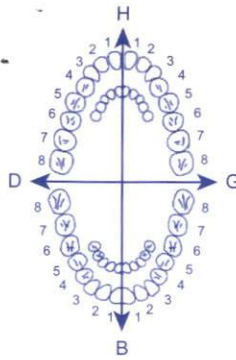
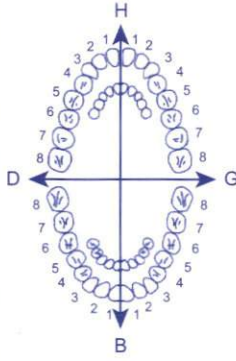
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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'EXECUT

Dr HAIM Hind

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplômée en Médecine Esthétique Cosmétologie et Lasers - Besançon - France
- Ancien Médecin interne au CHU Ibn Rochd
- Ancien Médecin Interne au CHU Hôtel Dieu Nantes - France

- Maladies et chirurgie de la peau, cheveux et ongles
- Infection sexuellement transmissibles
- Allergie cutanée et brûlures
- Médecine esthétique anti-âge : peeling, Botox, Fillers
- PRP, Mésothérapie, Cosmétologie
- Lasers



الدكتورة هايم هند

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر بيزنسون
- طبيبة سابقا بمستشفى ابن رشد
- طبيبة سابقا بمستشفى - Hôtel Dieu - نانت فرنسا

- أمراض و جراحة الجلد، الشعر و الأظافر
- الأمراض المنقولة جنسيا
- الحساسية و الجروح
- طب التجميل
- العلاج بالليزر

Casablanca, le :

27/2021

POV

25

Ichology EL Nouflet

1) Protopic 0.1%

2x5/2021

2) vit C

2x5/2021

3) Helioscure gel cream 100%

2x5/2021



165 شارع عبد المومن إقامة ليشون سنتر، عمارة A، الطابق 4، رقم الشقة 5 الدار البيضاء

165 Bd Abdelmoumen Résidence les Champs Center, Imm A, 4ème étage, Appt 5 - Casablanca

Tél : 05 22 22 78 99/05 22 20 33 73 - Urgence Secrétariat : 06 70 02 06 21 - Urgence Médecin : 06 60 51 57 39

Email : haimhind@gmail.com

Protopic® 0,1%

Pommade
Tacrolimus monohydrate

Voie cutanée

30 g



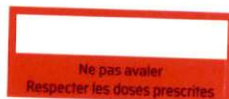
Protopic® 0,1%

Pommade
Tacrolimus monohydrate

30 g

EU/1/02/201/003

France
Protopic® 0,1% Pommade



Liste I – Uniquement sur ordonnance.
Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement. Prescription réservée aux dermatologues et aux pédiatres.
Médicament autorisé
n° 34009 359 223 1 1

Représentant local:
France, LEO Pharma
Tél : +33 1 30 14 40 00



Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique



CONDONE POURANT VARIER LOCALEMENT - WWW.CONGONISSETRI.FR

LEO Pharma A/S
Industriparken 55
2750 Ballerup
Danemark

LEO

Protopic® 0,1%

Pommade
Tacrolimus monohydrate

30 g

1 g de pommade contient :
1,0 mg de tacrolimus (exprimé en monohydrate), vaseline blanche, paraffine liquide, carbonate de propylène, cire d'abeille blanche, paraffine solide, butylhydroxytoluène (E321), tout-rac-alpha-tocophérol.

0,1%

0,1%

0,1%

Protopic® 0,1%

Pommade
Tacrolimus monohydrate

30 g

059700



PC/SM/Lot/EXP :
(01)03400935922311

14 12 19 94 86 15 58 93

09 2022



44 x 32 x 140 - CIE094E-01

Protopic® 0,1%

Pommade
Tacrolimus monohydrate

Voie cutanée

30 g



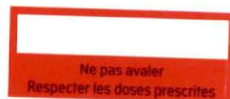
Protopic® 0,1%

Pommade
Tacrolimus monohydrate

30 g

EU/1/02/201/003

France
Protopic® 0,1% Pommade



Liste I – Uniquement sur ordonnance.
Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement. Prescription réservée aux dermatologues et aux pédiatres.
Médicament autorisé
n° 34009 359 223 1 1

Représentant local:
France, LEO Pharma
Tél : +33 1 30 14 40 00



Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique



CONDONE POURANT VARIER LOCALEMENT - WWW.CONGONISSETRI.FR

LEO Pharma A/S
Industriparken 55
2750 Ballerup
Danemark

LEO

Protopic® 0,1%

Pommade
Tacrolimus monohydrate

30 g

1 g de pommade contient :
1,0 mg de tacrolimus (exprimé en monohydrate), vaseline blanche, paraffine liquide, carbonate de propylène, cire d'abeille blanche, paraffine solide, butylhydroxytoluène (E321), tout-rac-alpha-tocophérol.

0,1%

0,1%

0,1%

Protopic® 0,1%

Pommade
Tacrolimus monohydrate

30 g

059700



PC/SM/Lot/EXP :
(01)03400935922311

14 12 19 94 86 15 58 93

09 2022



44 x 32 x 140 - CIE094E-01

Mme EL NOUFEL KHATOUB
- Pile 1173
Madame, Dou Sien
Hupras.

Avec les circonstances
actuelles, je n'ai pu
renseigner la feuille
de Outuelle concernant
le médicament "Protopic
110 que le médecin
me prescrit depuis
l'année 2015.

Merci pr vlr compréhension
lf.