

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

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



204667

Déclaration de Maladie

M23- N° 0031407

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SHAM Fatima  
 Date de naissance : 01-01-1958  
 Adresse : R. Soussi, angle Rue Ibn KHALKAN, 130 Bd. Boujaja CASAB.  
 Tél. : Total des frais engagés : 131,60 Dhs

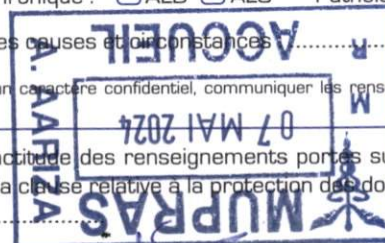
### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. JAKANI El-Hassane  
 Traumatologue-Orthopédiste  
 533, Rue Goulmima, 1er étage, N°04, Quartier: Sourgoone Casablanca Tél: 05 20 49 36 26  
 Date de consultation : 11/03/2024  
 Nom et prénom du malade : SHAM Fatima Age:  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Gonarthrose + Spasme du biceps brachial etc.  
 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 : CASAB Le : 11/03/24  
 Signature de l'adhérent(e) :


PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019






# 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
11/03/24			300 DH	 Dr. JAKANI El Hassane Traumatologue-Orthopédiste 100, Boulevard de la République, 1004, Quartier Bourgoyne Casablanca - Tél: 05 20 49 36 25

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIEN 100, Boulevard de la République, 1004, Quartier Bourgoyne Casablanca	11/3/24	13.60 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

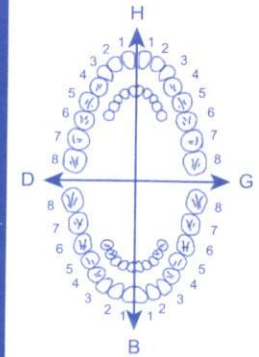
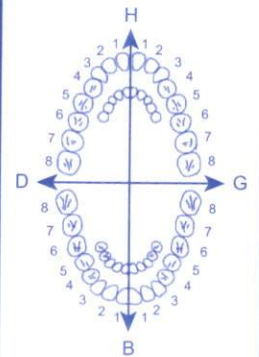
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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		Coefficient DES TRAVAUX <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		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'EXECUTION

Dr Jakani El Hassane

Chirurgien spécialiste en  
Traumatologie - Orthopédie

- Lauréat de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Ancien Médecin Interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca
- Ancien Médecin Interne des hôpitaux de Paris



د. الجكاني الحسن

طبيب أخصائي في  
جراحة العظام والمفاصل

- خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

- طبيب داخلي سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء

- طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس فرنسا

11/03/20

Mme. Sghani FATMA

1- Flexmar

1 cp x 21 j

2- Flexamet Spray

1 spray x 21 j

49.50

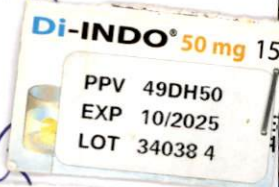
3- Di-indo 150

2 cp x 21 j

81.50

4- Ezim 20

3 cp x 11 j



PPV: 82DH10  
PER: 02/25  
LOT: M1872-2

PHARMACIE DELAVENIR  
Mme D. LOUDI  
Med El Meknassi Bourgoigne 3  
Tel. 05 20 49 36 26

Dr JAKANI El Hassane

جراحة العظام والمفاصل  
Traumatologue-Orthopédiste

633, Rue Goulmima, 1<sup>er</sup> étage, N°04, Quartier Bourgogne

633, Rue Goulmima, 1<sup>er</sup> étage, N°04, Quartier Bourgogne - Casablanca

☎ 05 20 49 36 26 ☎ 06 60 71 61 65 ✉ drjakani@gmail.com