

# 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 radiologie 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.



149137

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0009610

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4411 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BELCHAMAL Hed Date de naissance : 31/12/60  
Adresse : 15 EL WAFIA N° H16 Delhoda  
Tél. : 06 61 31 99 40 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور السطواني عبد الله  
Dr. SETOUANI Abdellah  
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR  
ECHOGRAPHIE  
89, BP. Sandhal - Casablanca

Date de consultation : 15/12/2022  
Nom et prénom du malade : Mrs TEHOUNE Ouad Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : infection génitale  
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 15/12/2022

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0009610

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :

### 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



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Actes      | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                                     |
|------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15-12-2022 |                   |                       | 300                             | DR. SETOUANI ABDELHAKIM<br>GYNECOLOGUE ACCOUCHEUR<br>ECHOGRAPHIE<br>89, BD. Sennedjal - Casablanca |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                      | Date     | Montant de la Facture |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| PHARMACIE HAY AL MANZA<br>Tél: 06 22 51 51 84<br>INPE: 062088778<br>Tct. Al Manza Hay 2 Mag | 15.12.23 | 293,40                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

# VOLET ADHERENT

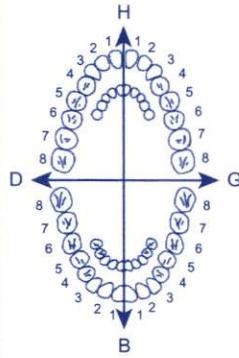
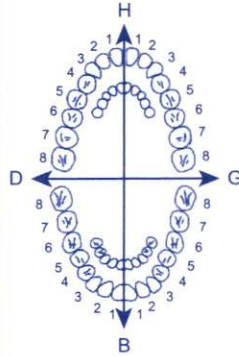
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

# Important :

Veillez 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> <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><br>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



# Docteur SETOUANI Abdellah

GYNECOLOGUE ACCOUCHEUR  
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE  
STERILITE - ECHOGRAPHIE  
COLPOSCOPIE-COELIOCHIRURGIE

CERTIFICAT D'UNIVERSITE  
DES MALADIES DU SEIN  
DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE STRASBOURG

ASSISTANCE MEDCALE A LA PROCREATION  
FECUNDATION IN VITRO

Ancien Enseignant à la  
Faculté de Médecine de  
CASABLANCA

Ancien Chef de Service  
de Gynecologie Obstétrique  
Au C.H.U Ibn Rochd-Casablanca



Casablanca, le 15-12-2022

## الدكتور السطواني عبد الله

إختصاصي في أمراض النساء و التوليد  
الجراحة النسائية - العقم  
الكشف بالتصوير الصوتي  
الفحص و الجراحة بالكاميرا

حائز على شهادة في أمراض  
التي بكلية الطب  
ستراسبورغ

المساعدة الطبية للإنجاب

أستاذ مساعد سابقا بكلية  
الطب - الدار البيضاء

سابقا رئيس مصلحة  
أمراض النساء و التوليد  
بالمركز الصحي الجامعي  
ابن رشد - الدار البيضاء

LOT : 4237  
UT-AV : 10 - 24  
P.P.V : 30DH50

Diclo Pharma 5<sup>e</sup> 100mg  
Boite de 10 suppositoires



PECTRYL®  
SIROP 150 ml



PPV 22DH70 EXP 10/2024  
LOT 10053 2

LOT

PER

PPV

Madécassol® poudre à 2%  
Flacon-poudreur de 10 g



30,50

An 10

(1 fl)

1 culmi x 3

27,50

Diclo 100 mg

(1 ste)

22,70

Pectryl

(1 fl)

41,10

1 culmi x 3

63,20 x 2 = 126,40

Madécassol

(1 fl)

45,20

MycoSter

(1 fl)

RESIDENCE STENDHAL

89, Bd Stendhal - (Au-dessus de la Pharmacie Val Fleuri) - Casablanca

Sur Rendez-Vous - Tél.: 05.22.23.89.89 - Fax: 05.22.23.37.92

(- الدار البيضاء)

05.22.23.37.92

Total = 293,40

e-mail : setouaniabd@hotmail.com

إقامة استندال

89. شارع استندال

بالموعد - الهاتف:

MYCOSTER 1%  
CREME T30G

P.P.V : 45DH20

