

# 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.

## Diologie 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.

**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



## Déclaration de Maladie : N° P19-0009991

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4411 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BELKHAMAR Med Date de naissance : 31/12/60  
Adresse :  
Tél. : 06 61 31 99 40 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SETOUANI Abdellah  
Gynécologue - Accoucheur  
Echographie  
89, Bd. Stendhal - Casablanca  
Tél: 0522 23 89 52

Date de consultation : 13 OCT 2019  
Nom et prénom du malade : Belkhamar Med 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 : / /

# 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
30 OCT 2019			502,00	Dr. SETOUAN ASSOUCHAL Gynécologue - Radiologue 89, bd. Stendhal - Casablanca Tél: 0522 23 69 89

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY MANZAH SARL AU Lef. El Manzah Imm2 Mag 1 INPE: 062086773 Tél: 05.22.51.51.84	30/10/19	253,30

# 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														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction)			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

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 MEDICALE A LA PROCREATION  
FECUNDATION IN VITRO

Ancien Enseignant à la  
Faculté de Médecine de  
CASABLANCA

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

# 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  
الندي 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



Casablanca, le 30 OCT 2019

Mme Belkheira Souad

PPV:98DH00  
PER:11-21  
LOT:H2478

LOT : 08MA156  
PER : 11 2021  
SURGAM 200MG  
CP SEC B20  
P.P.V : 55DH40  
6 118000 060857

T=253,30  
Zomox 1g  
1 sachet x 2/1  
Surgam 200  
4 x 2/1  
Zyrtec  
36,70  
T=253,30

18te  
18te  
18te  
63,20

PHARMACIE HAY MANZAH  
Zor Al Makhzen  
INPE: 002086778  
Tél: 05 22 51 51 84

MYCODER

LOT:08019053  
PER:07-2024  
PPU:36,70 DH

Topique

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

إقامة استندال  
89. شارع استندال ( فوق صيدلية فال فلوري ) - الدار البيضاء

بالموعد - الهاتف: 05.22.23.89.89 - الفاكس: 05.22.23.37.92

e-mail : setouaniabd@hotmail.com