

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostique 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



107560

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0009585

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 44M Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELKHAMAR N° Date de naissance : 31/12/60

Adresse : LOT EL WAFAN N° H16 D-TRAVA

Tél. : 0661 319940 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور السطواني عبد الله  
DR. SETOUANI Abdellah  
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR  
ECHOGRAPHIE  
89, Bd Stendhal - Casablanca

Date de consultation : 18/08/2022

Nom et prénom du malade : M. TEHOUNE Sanaï Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Myiase vulvo-vaginale

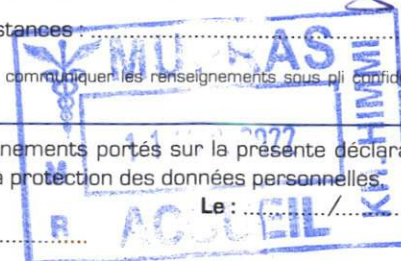
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :





### 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
12/02/2022			300,00	DR. SETOUANI ABDOLAH GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR ECHOCARPHIE 29, Bd Stendhal - Casablanca 3333 23 88 89

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY AL MANZAH INPE: 062088778 107, Bd AL MANZAH 25 51 51 84	18.02.2022	246,30

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

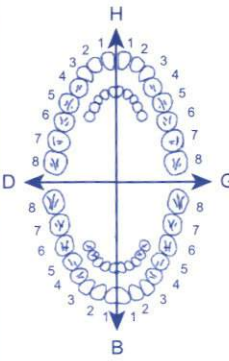
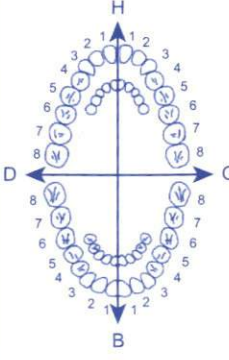
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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  
FECONDATION IN VITRO

Ancien Enseignant à la  
Faculté de Médecine de  
CASABLANCA

Ancien de Service  
de Service  
Obstétrique  
Casablanca



Total = 245 30

Casablanca

Tel: 05 22 23 51 84

PHARMACIE AL MANZAH  
Casablanca  
Tél: 05 22 23 51 84

# الدكتور السطواني عبد الله

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

حائز على شهادة في أمراض  
الثدي بكلية الطب  
ستراسبورغ

المساعدة الطبية للإنتاج

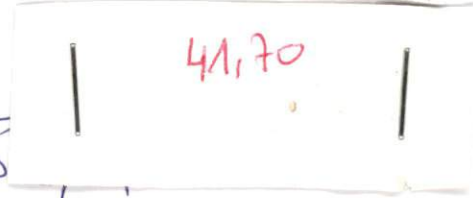
أستاذ مساعد سابقا بكلية  
الطب - الدار البيضاء

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



37.00

37.00



DR. SETOUANI Abdellah  
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR  
ECHOGRAPHIE  
Casablanca

RESIDENCE STENDHAL (Au-dessus de la Pharmacie Val Fleuri) - Casablanca  
89, Bd Stendhal - Sur Rendez-Vous - Tél.: 05.22.23.89.89 - Fax: 05.22.23.37.92

إقامة استندال (فوق صيدلية فال فلوري) - الدار البيضاء  
89. شارع استندال - بالمودع - الهاتف: 05.22.23.89.89 - الفاكس: 05.22.23.37.92

e-mail: setouaniabd@hotmail.com