

# 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.

## Pathologie 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 tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [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)

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 Étage 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)



## Déclaration de Maladie : N° P19-0004261

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04411 Société : PAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BELKHAMAR - H-2 Date de naissance : 31/12/1960  
Adresse :  
Tél. : 06 61 31 99 40 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : Mrs Belkhamar Souad Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : AFFECTION Gynécologique  
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 : 20/11/2019

Le :  
Signature du médecin :  
Dr. SETOUANI Abdellah  
Gynécologue - Accoucheur  
Echographie  
22, Bd. Stendhal - Casablanca  
Tél: 0522 22 22 22



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant l'acte   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28 SEPT 2019    |                   |                       | 300,00                          | Dr. SETOUANI Abdellah<br>Gynécologue - Accoucheur<br>89, Bd. Stendhal - Casablanca<br>Tél: 05 22 23 89 89 |
| 03 OCT 2019     |                   |                       |                                 | Dr. SETOUANI Abdellah<br>Gynécologue - Accoucheur<br>89, Bd. Stendhal - Casablanca<br>Tél: 05 22 23 89 89 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE HAY MANZAH<br>SARL AU<br>Lot. Al Manzah Immeuble 1<br>INPE: 06288873<br>Tél: 05 22 51 51 84 | 03/10/19 | 254,90                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

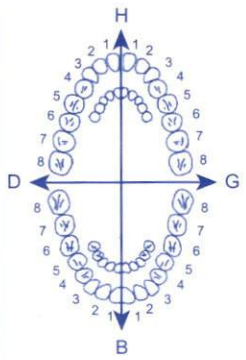
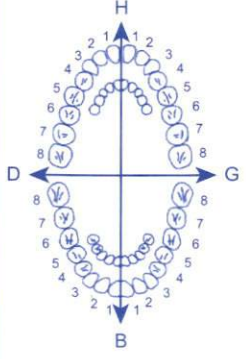
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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 de l'...

| 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  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   |  |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   | (Création, remont, adjonction)<br>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  
FECONDATION 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 والجراحة بالكاميرا

حائز على شهادة في أمراض  
الثدي 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, 03 OCT 2019

م.د. Belkhaman Fouad

D. cure forte 100 0000 (28/5)

1 amp bou de 1 demi verre d'eau / 15j

15,80x2

olipnone 75 =

16,00

Andol 75 =

27,30

Ketoderm crème

PHARMACIE HAY MANZAH  
SARL AU  
Lot. Al Manzah Imme 2 Mag 1  
INPE: 062088778  
Tel: 05.22.51.51.84

PHARMACIE HAY MANZAH  
SARL AU  
Lot. Al Manzah Imme 2 Mag 1  
INPE: 062088778  
Tel: 05.22.51.51.84

## 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

e-mail : setouaniabd@hotmail.com

## إقامة استندال

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

بالموعد - الهاتف: 05.22.23.89.89 - الفاكس: 05.22.23.37.92



clastec 10 mg (18)

Laprolac (18)

Zelisse 1 cube 5 x 2 (18) apres repas  
soni i tuer actif (18)

PHARMACE HAY MANZAH  
Lot: Al Manzah 10 mg 20 mg  
INPE: 06208778  
Tel: 05 22 51 51 84

DR. SEOUAN Abdellah  
Gynecologue - Accoucheur  
Echographie  
29, Bd. Stahni - Casablanca  
Téléphone 22 40 40

T = 254,90

Sous licence de FRESENIUS Kabi  
45,00

LOT: 0MA061V  
PER: 03 2021  
KETODERM 2%  
CREME T10G  
P.P.V.: 27DH30  
118000 010920

ANDOLC 500/200mg  
Comprimé Effervescent 10x10  
PPV(DH):  
Lot N°:  
A ut.av.: 16,00

15,80  
PPV15DH80  
PER 02/22  
LOT 1816

15,80  
PPV15DH80  
PER 12/21  
LOT H2609

Lot:  
PPC: 74 Dhs

LOT : 6991  
UT. AV : 03-20  
P.P.V : 61 DH 00