

# 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 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

M22- 0028378

### Maladie

<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :
Matricule : 09221		Société : RAM 135294
Nom & Prénom : TAL BY RIAD		
Date de naissance : 05/03/1956		
Adresse : RESIDENCE RAM / LE PALMIER , ROUTE EL JADIDA APP N° 233 CASABLANCA		
Tél. : 0661 22 314	Total des frais engagés : 700,-	Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">           Docteur M. K. BEN HAYOUN            Hépato - Gastro - Endocrinologue            47, Avenue Hassan II            Tel: 0522 20 84 57 - Casablanca         </div>		
Date de consultation :	17 OCT 2022		
Nom et prénom du malade :	TAL BY RIAD		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection digestive		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC <input type="checkbox"/> 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 : CASA

Le : 31/10/2022

Signature de l'adhérent[e] :



## RELEVE 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
17 OCT 2022		5	300 DH	Docteur M. BENTAHAR Hépato - Gastro - Endocrinologue 17, rue de la République BP 2222 - 20083 - Casablanca 0522 228831

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17 OCT 2022	Echographie ABdominale	100000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Paris  
خريج كلية الطب بباريس

Membre de l'Association  
Française pour l'Etude du Foie  
عضو في الجمعية الفرنسية  
لدراسة الكبد

Endoscopie  
التنظير الداخلي

Echographie  
الفحص بالصدى

Proctologie  
أمراض المخرج

الدكتور محمد كمال بن حيون

Dr M.Kamal BENHAYOUN

إختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Spécialiste des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

Casablanca, le 17/10/2022

Mr Talby Riad

## **ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

### **Examen**

*Foie de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers.  
Vaisseaux hépatiques libres.*

*Aspect de polype du fond vésiculaire connu et stable (1 cm), vésicule biliaire par ailleurs trans sonore et à paroi fine.*

*Voie biliaire principale de calibre normal.*

*Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.*

*Rate homogène, de volume normal.*

*Reins échographiquement normaux.*

*Péritoine libre.*

### **Conclusion**

Polype vésiculaire connu et stable.





Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Paris  
خريج كلية الطب بباريس

Membre de l'Association  
Française pour l'Etude du Foie  
عضو في الجمعية الفرنسية  
لدراسة الكبد

Endoscopie  
التنظير الداخلي

Echographie  
الفحص بالصدى

Proctologie  
أمراض المخرج

# الدكتور محمد كمال بن حيون

## Dr M.Kamal BENHAYOUN

إختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي  
Spécialiste des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

17/10/2022

**Mr Talby Riad**

Le Docteur Benhayoun a l'honneur de vous présenter selon l'usage, sa note d'honoraires pour :

- Cs

Soit la somme de **sept cents dirhams** (700 dhs).

Docteur M. K BENHAYOUN  
Hépato - Gastro - Endocrinologue  
47, Avenue Hassan II  
Tél: 0522 20 89 37 Casablanca

47, Avenue Hassan II - Casablanca 20 130

Tél. : 05 22 20 89 37 / 05 22 49 26 14

📞 : 06 12 73 48 11

E-mail : kbenhayoun@gmail.com