

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	1604	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	TADILI Sidi HAMID
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : 157880 Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/ /		
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	Age:	
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 19 AVR. 2023			
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) : \_\_\_\_\_



### 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
14/04/13			2600,92	<i>Dr. SEDDIQI Nabil Chirurgie Vasculaire et Endocrinienne Ennabli, 1<sup>er</sup> étage, 10000 - Rabat INPE : 10165843</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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
				<input type="text"/>
<img alt				

TEMARA

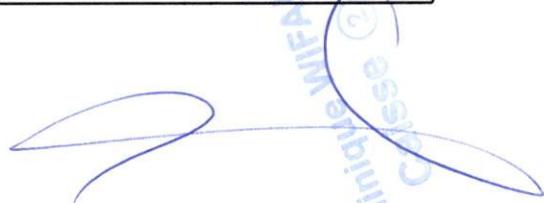
## Reçu de caisse

N° : 2304141014470430 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23A1386-03H	TADILI SIDI HAMID	14/04/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	BMCE 6681862 Lui-même	2 600,00
PAYANT	Total payé	2 600,00
DEUX MILLE SIX CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : JIHANE


# POLYCLINIQUE WIFAK

## F A C T U R E

N° : 8599 / 2023 du 14/04/2023

N° Admission : 23A1386-03H

Nom patient **TADILI SIDI HAMID**  
PAYANT

Entrée 14/04/2023  
Sortie 14/04/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FORFAIT	1,00		2 600,00	2 600,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>2 600,00</i>
<b>Total Clinique</b>				<b>2 600,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE SIX CENTS DIRHAMS

**Total 2 600,00**

POLYCLINIQUE WIFAK  
Lotissement Wifak, Lot Eq 1  
Tel: 05 37 58 20 00  
INPE/0004070

## COMPTE RENDU OPERATOIRE

### Identité du patient :

Nom : TADILI  
Prénom : SIDI HAMID  
Sexe : M  
Age : 74 ans

### Médecin Traitant :

Professeur N. SEDKI  
- Chirurgie vasculaire-

Date d'intervention : 14/04/2023

**Diagnostic :** nécrose du pied gauche au niveau du 4<sup>ème</sup> orteil dans la cadre d'une ischémie critique.

**Intervention :** Amputation du 4<sup>ème</sup> orteil gauche.

### CRO :

- Sous anesthésie loco-régionale.
- Amputation du 4<sup>ème</sup> orteil du pied gauche.
- Régularisation de la nécrose du 4<sup>ème</sup> rayon métatarsien.
- Excision de la gangrène.
- Régularisation des tissus infectés.
- Toilette abondante à l'eau oxygénée et au sérum salé.
- Pansement bétadiné.

Pr. SEDKI NABIL  
Angiologie - Chirurgie Vasculaire  
INPE : 101165843  
Tél : 06 61 49 99 05  
Signé : Pr N. SEDKI

