

## 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

N° M21- 042738

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1609 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : TADICI sidi HAMID

Date de naissance : .....

Adresse : 157880

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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

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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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

14/04/12      2609,92      Dr. SECON Nabil  
Chirurgie Vasculaire - Périphérique  
4<sup>ème</sup> étage - 4<sup>ème</sup> étage  
INPE : 10165843

## 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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM      PC      IM      IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

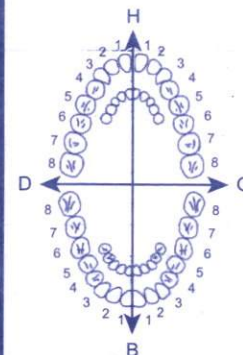
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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

## 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## 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<br>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 |
|                             |        |            | Sous-Total    | 2 600,00 |
| Total Clinique              |        |            |               | 2 600,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE SIX CENTS DIRHAMS

Total 2 600,00



## 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  
INPEL 461165843  
Tél : 06 61 49 99 06

Signé : Pr N. SEDKI

