

# 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

- Reclamation : 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.

186462

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1604 ..... Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Tadili Sidi Hamid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0658436929 Total des frais engagés : 4676,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/10/2023

Nom et prénom du malade : Sidi Hamid Tadili Age : 74

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète type 2

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie a un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

13 DEC. 2023

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 : ACCUEIL Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/10/2013	CD		350.25	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INFE, 10/01/2018 <b>PHARMACIE CHATEA</b> N° 39, Résidence Chatea, 05/10/2013 Chatea, 05/10/2013 05 27 74 49 75	05/10/2013	1326,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Polyclinique Wifak  
مصحة الوفاق  
+212 537 5820 00



Temara, le :

05/10/23

1/ Sifoli Hom  
2dr/2 05/10/23  
N° 67  
1/ Gomé

**PHARMACIE CHATEA**  
N° 39, Résidence Chatea,  
Bethoua, Hartoura  
Tél.: 0537 74 49 75

2/ Mgoful point  
1 jour sur 2

**DR. NADA LAZAR**  
Spécialisée en Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
et l'obésité, 1er étage, Résidence Al Hamra, Av. M. Chif  
et l'obésité, 1, Massira, Témara, Tel: 0537 60 21 04

3/ Relmd  
1 Apl x 2

3x1000+3  
4/ Troponka 5 → (3901)  
1 cpl/ 2voit dejeun-  
er (10g)

5/ Folox 15 1/2 le roba avec 1g olive.

**DR. NADA LAZAR**  
Spécialisée en Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
et l'obésité, 1er étage, Résidence Al Hamra, Av. M. Chif  
et l'obésité, 1, Massira, Témara, Tel: 0537 60 21 04



Lotissement Wifaq Eq1, Témara.



+212 537 5820 00

polyclinique.wifak@gmail.com



60

Gélules

75 MG

LOT 224370  
EXP 06/25  
PPV 204DH00

Voie Orale

6 118001 040773  
TRAJENTA® 5 mg  
(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A. PPV: 374 DH 00  
10010704/01

6 118001 040773  
TRAJENTA® 5 mg  
(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A. PPV: 374 DH 00  
10010704/01

6 118001 040773  
TRAJENTA® 5 mg  
(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A. PPV: 374 DH 00  
10010704/01

## POLYCLINIQUE WIFAK

TEMARA

## Reçu de caisse

Nº: 23100511211009301 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23A1386-06H-1	TADILI SIDI HAMID	05/10/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1659	350,00
PAYANT	Total payé	350,00

Reçu établi par : SAIDA