

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.



Déclaration de Maladie
N° M20- 0009371

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50039 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Benachrak Sanaa
 Date de naissance : 22/10/1975
 Adresse : 440, rue de Coulmine cora
 Tél : 0662 8170 26 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 05/08/2023
 Nom et prénom du malade : BENACHRAK SANAA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
05/06/23			250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05.06.23	109,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/06/23	2	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

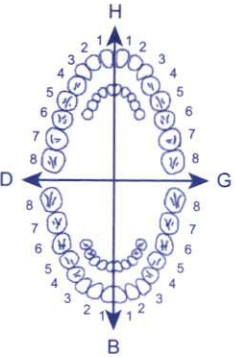
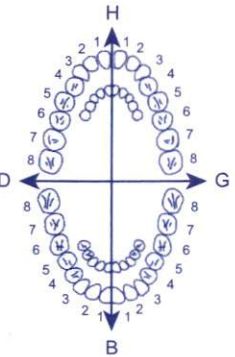
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hafid Abdelhakim

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Rhumatismale
Chirurgie Arthroscopique (DIU Toulouse)
Chirurgie de la Main
Maladies et Chirurgies du Genou
Maladies de la Colonne Vertébrale
Traumatologie du Sport

الدكتور حافظ عبد الحكيم

جراحة العظام و المفاصل
جراحة الروماتيزم
الجراحة المجهرية
جراحة اليد
أمراض وجراحة الركبة
أمراض العمود الفقري
الطب الرياضي

Casablanca le :

516/23

Benachrek Senas

LOT : 0124
LOT : 0014
LOT : 0000

PPV:49,60 DH
LOT: 23C14
EXP: 03/2026

49,60
109,60

Docteur Hafid Abdelhakim
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Rhumatismale
Chirurgie de la Main
Maladies et Chirurgies du Genou
Maladies de la Colonne Vertébrale
Traumatologie du Sport

Docteur Hafid Abdelhakim

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Rhumatismale
Chirurgie Arthroscopique (DIU Toulouse)
Chirurgie de la Main
Maladies et Chirurgies du Genou
Maladies de la Colonne Vertébrale
Traumatologie du Sport

الدكتور حافظ عبد الحكيم

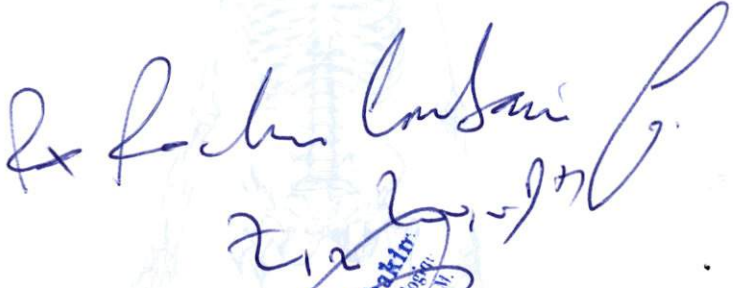
جراحة العظام و المفاصل
جراحة الروماتيزم
الجراحة المجهرية
جراحة اليد
أمراض و جراحة الركبة
أمراض العمود الفقري
الطب الرياضي

Casablanca le : 05/06/2023

Facture : N° 355123



BENACHRAK SANAA



Docteur Hafid Abdelhakim
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Rhumatismale - Chirurgie de la Main
Maladies de la Colonne Vertébrale
05 46 09 58 80

Docteur Hafid Abdelhakim

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Rhumatismale
Chirurgie Arthroscopique (DIU Toulouse)
Chirurgie de la Main
Maladies et Chirurgies du Genou
Maladies de la Colonne Vertébrale
Traumatologie du Sport

الدكتور حافظ عبد الحكيم

جراحة العظام و المفاصل
جراحة الروماتيزم
الجراحة المجهرية
جراحة اليد
أمراض و جراحة الركبة
أمراض العمود الفقري
الطب الرياضي

Casablanca le : 05/06/2023

Compte rendu Radiographique

Nom : BENACHRAK

Prénom : SANAA

Incidence :

Interpretation :

Docteur Hafid Abdelhakim
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Rhumatismale - Chirurgie de la V
Maladies de la Colonne Vertébrale

Docteur Hafid Abdelhakim

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Rhumatismale
Chirurgie Arthroscopique (DIU Toulouse)
Chirurgie de la Main
Maladies et Chirurgies du Genou
Maladies de la Colonne Vertébrale
Traumatologie du Sport

الدكتور حافظ عبد الحكيم

جراحة العظام و المفاصل
جراحة الروماتيزم
الجراحة المجهرية
جراحة اليد
أمراض و جراحة الركبة
أمراض العمود الفقري
الطب الرياضي

Casablanca le :

05/6/23

0

Benachrak Sahas

Généraliste au pôle de
1) Inter à deux points
2) Orthopédie

POLYCLINIQUE ADDAMAN
DERB-GHALLEF CASABLANCA
Caisse Urgences

Docteur Hafid Abdelhakim
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Rhumatismale - Chirurgie de la Main
Maladies de la Colonne Vertébrale
05 22 803 803 / 06 25 51 70 71

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 1388612		N° SEJOUR : 230054598		FACTURE N° 2303020449		DATE D'ENTREE : 06/06/2023		DATE DE SORTIE : 06/06/2023			
ASSURE :				DESTINATAIRE : BENACHRAK,Sanaa							
MALADE : BENACHRAK,Sanaa											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				UF: 5003 RADIOLOGIE							
REF. PC 1 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 2 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE											
ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00
Intervenant : 12092016 DR CHERKAOUI OMARI AICHA RADIOLOGUE					TOTAUX :	200.00					200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
					REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
					RESTE DU:	200.00					
DATE FACTURE : 06/06/2023					ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA					N° DE POLICE :			DATE AT :			
					Réglement à effectuer à l'ordre de :			POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef			
					BANQUE :			BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
					N° compte bancaire :			011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

POLYCLINIQUE ADDAMAR
DERB-GHALLEF CASABLANCA
Urgences



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 06/06/2023

Patiente (e) : BENACHRAK SANAA

ECHGORAPHIE DU GENOU GAUCHE

Absence d'anomalies du tendon quadricipital ou rotulien.

Absence d'épanchement articulaire.

Absence de kyste poplité.

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

Dr CHERKAOUI AICHA

Dr. CHERKAOUI - O. Aicha
Médecin Radiologue
INPE: 91041467

