

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.

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, casa

Tél. : 06.62.81.75.26

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/06/2023

Nom et prénom du malade : BÉNACHRAK 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) :

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
05/16/23	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique	100	250,-	<i>Docteur Haffid Abdellah</i> Chirurgie Orthopédique et Traumatologique Chirurgie Viscérale et la Chirurgie Vésicale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
416, Rue Guillemin - CS 10000 022804430000002 TEL: 03 22 27 19 95 FAX: 03 22 27 19 95	26.23	09 601

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Docteur Hafid Abdellatif Chirurgie Orthopédique et Traumatologique Chirurgie Plastique et Réparatrice Chirurgie de la Colonne Vertébrale Traumatismes et Fractures</i>	10/06/2013	2 <i>TL</i>	200,-

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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	D 00000000 35533411	B 21433552 00000000 11433553	COEFFICIENT 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

Docteur Hafid Abdelhakim

الدكتور حافظ عبد الحكيم

- 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

- جراحة العظام والمفاصل
- جراحة الروماتيزم
- جراحة المجهري
- جراحة اليد
- أمراض وجراحة الركبة
- أمراض العمود الفقري
- الطب الرياضي

Casablanca le : 5/6/23

BenachreK Sanas

1991-01-24 00000000

PPV:49,60 DH
LOT: 23C14
EXP: 03.2026

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 المجهورية
جراحة اليد
أمراض و جراحة الركبة
أمراض العمود الفقري
الطب الرياضي

Casablanca le : 05/10/2023

Facture : N°

355123

BENACHRAK SANAA

Dr Hafid Abdellatif
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 المجهورية
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 :

H. f. fachurah R.
S. anthus L. L.
et S. ulnoe

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

Docteur Hafid Abdelhakim

الدكتور حافظ عبد الحكيم

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

جراحة العظام والمفاصل
جراحة الروماتيزم
الجراحة المجهريّة
جراحة اليد
أمراض و جراحة الركبة
أمراض العمود الفقري
الطب الرياضي

Casablanca le : 05/6/23

555

Benachrak Sahas

Gravité sur pied droit

Il entre à Genève pour faire

son 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
0522 803 0546 09 59 81~~



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		UF: 5003 RADIOLOGIE				N° IMMAT C.N.S.S. :				
NOM JEUNE FILLE :						N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :				
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	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 :				PLAFOND PC :				ACOMPTE :			
DEUX CENTS DHS				REMISE : 0.00 REGLE :				AVOIR :			
				RESTE DU : 200.00							
DATE FACTURE : 06/06/2023		EDITEE LE : 06/06/2023		PAR: MOURAD		<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
				N° DE POLICE :				DATE AT :			
				Règlement 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			



INPE 090001512
ICE 001757364000080

**Polyclinique
Derb-Ghallef**

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 06/06/2023

Patiante (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

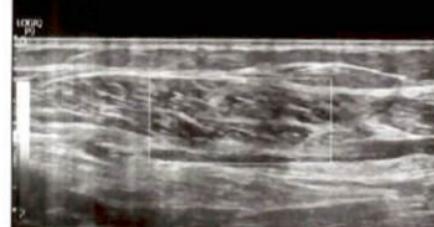
Dr. CHERKAOUI - O. Aicha
Médecin Radiologue
INPE: 91041467

POPV

LEFT



LEFT



LEFT

