

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-769780

16/11/38

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8329 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : REGRAGUI Saïd

Date de naissance : 26/11/1962

Adresse : 26, Rue Abd. Nezq. CL. Cas

Tél. : 0661322291 Total des frais engagés : 7107,78 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/10/2023

Nom et prénom du malade : BERNANI HABI

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.

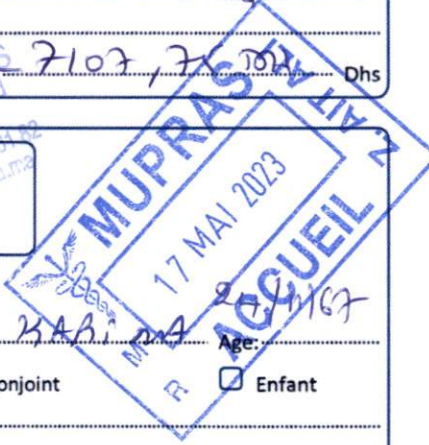
Fait à : Cas

Le : 17/05/23

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

[illegible]

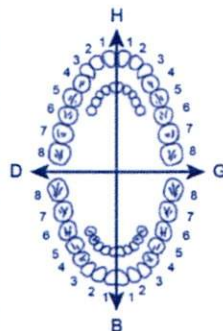
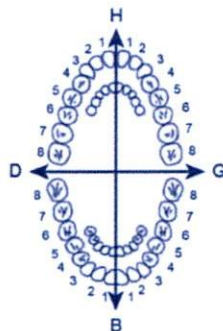
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amine TAOUFIK

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Chirurgien de la main et Microchirurgie

Arthroscopie et Chirurgie de Sport

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris VI

Diplôme d'Échographie Ostéo Articulaire et Musculaire

Ancien Résident à l'Institut Français de Chirurgie de la main

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

الدكتور أمين توفيق

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

جراحة اليد و جراحة الرياضيين

تعويض المفاصل

خريج كلية الطب بباريس

دبلوم الموجات فوق الصوتية للعظام و المفاصل و العضلات

طبيب سابق بالمعهد الفرنسي لجراحة اليد بباريس

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca, le في الدار البيضاء

RAPPORT MEDICAL

Nom prénom : Mme BENNANI KARIMA

Renseignements cliniques :

Gonalgie droite avec lésion méniscale grade 3 corne postérieure ménisque interne.

Voire IRM 09/03/2023.

Traitement envisagé et actes :


Arthroscopie genou droit + Ménisectomie partielle interne.

K80 N111

Durée de séjour :

01 Nuit.

Signature


Docteur Amine TAOUFIK
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Angle Bd, Abdelmoumen - Bd, Anoual N°1 Résidence Abdelmoumen Centre "Café Le Médina" - 1er étage Appartement n° 108
Tél.: 0522 864 777 - GSM: 0661 864 844 - الهاتف : 0522 864 777 - E-mail : aminetaoufikortho@hotmail.fr - البريد الإلكتروني : aminetaoufikortho@hotmail.fr
Instagram : drtaoufikamine : الإنستغرام

✓ Report medical

✓ ILM.

Famille de PEE

25/03/23

Nom Prénom : BENNANI KARIMA
Chirurgien : Dr TAOUFIK

Docteur Amine TAOUFIK
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Angle Bd. Abdelmoumen Anouar n°1
Abdelmoumen Centre 1er Etg App 110
Casablanca - Tél: 05 22 854 777

Renseignements cliniques :

Gonalgie droite avec lésion méniscale grade 3 corne postérieure ménisque interne.
Voire IRM 09/03/2023.

Traitement envisagé et actes :

Arthroscopie genou droit + Méniscectomie partielle interne.

Intervention :

S/s A.G, D.D., G.P. 40', double voie d'abord; externe=optique,
interne=instrument.

Compartiment femoro patellaire : Plica supra patellaire médiale, résection au
couteau shaver.

Compartiment femoro tibial interne : Lésion méniscale grade 3 corne
postérieur, résection à la pince basket puis au couteau shaver.

Chondropathie femoro tibiale interne grade 3, régularisation au couteau shaver.

Echancrure inter condylienne : LCA intact.

Compartiment femoro tibial externe : RAS.

Injection intra articulaire de DEPOMEDROL 80mg

SPO :

ATB, AINS, Anticoagulant.

Ablation fils J15.

Appui autorisé

Docteur Amine TAOUFIK
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Angle Bd. Abdelmoumen Anouar n°1
Abdelmoumen Centre 1er Etg App 110
Casablanca - Tél: 05 22 854 777

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 25-03-2023

DR. TAOUFIK Amine

Spécialité : TRAUMATOLOGUE ET ORTHOPEDIE

N° Patente :

Identifiant fiscal : 63911404

ICE : 002191083000089

PATIENT : Mme BENNANI KARIMA

**HONORAIRES : 2 400,00 Dh
(DEUX MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS)**

Docteur Amine TAOUFIK
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Angle Bo Abdelmoumen Abdelmoumen
Abdelmoumen Centre for Elg Appl 110
Casablanca - Tél: 05 22 064 777

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 25-03-2023

DR. ANESTHESISTE Reanimateur
Spécialité : ANESTHESIE-REANIMATION
N° Patente :
Identifiant fiscal :
ICE :

PATIENT : Mme BENNANI KARIMA

HONORAIRES : 1 200,00 Dh
(MILLE DEUX CENTS DIRHAMS)

Dr. MAKAYSSI Rakia
Anesthésie - Réanimation
CLINIQUE JERRADA-OASIS
13, Av. Abdelhakim el-Abdoun
Tél : 0522 23 81 81 / Fax : 0522 23 81 82
E-mail : jerrada.oasis@orange.ma

CLINIQUE JERRADA OASIS

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER CJO23C25075850

NOM DU PATIENT Mme BENNANI KARIMA

MÉDECIN TRAITANT TAOUFIK AMINE

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

DATE D'ENTREE 25/03/2023

DATE DE SORTIE 25/03/2023

MODE DE SORTIE normal

CLINIQUE JERRADA-OASIS
113, Av. Habib Bourguiba
Tél: 062 23 81 81 - Fax: 062 23 81 82
E-mail: clinique.jerrada-oasis.tn

CLINIQUE JERRADA OASIS

Séjour : Du 25/03/2023 au 25/03/2023

Patient : Mme BENNANI KARIMA

N° Dossier : CJO23C25075850

Organisme : PAYANT

CONSOMMABLE

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
BANDELETTE GLYCEMIE	4,00 Dh	1	4,00 Dh
CASAQUE JETABLE	10,00 Dh	1	10,00 Dh
CHARLOTTE	0,75 Dh	1	0,75 Dh
LANCETTE	1,00 Dh	1	1,00 Dh
AIG DE RACHIS STERIFIL G25 (001)	75,00 Dh	1	75,00 Dh
BANDE JERSEY 15*22,8M BLANC	88,28 Dh	1	88,28 Dh
BANDE VELPEAU (CREPE) 4*20 (001)	16,50 Dh	1	16,50 Dh
CASAQUE STANDARD XL	34,51 Dh	2	69,02 Dh
CHAMP FENETRE 75X90 CM	11,25 Dh	1	11,25 Dh
COMPRESSE DE GAZ 5*7,5 BT/5 (001)	3,00 Dh	1	3,00 Dh
ELECTRODES	2,00 Dh	3	6,00 Dh
GANT STERILE SANS POUDRE 7,5 (001)	12,43 Dh	2	24,86 Dh
INTRANULE G20 ROSE	3,00 Dh	1	3,00 Dh
LAME DE BISTOURIE 11 (100)	2,65 Dh	1	2,65 Dh
LUNETTES A O2 AD (001)	9,00 Dh	1	9,00 Dh
PERFUSEURS A/ROBINET (001)	6,84 Dh	1	6,84 Dh
SERINGUE 10 CC	2,00 Dh	1	2,00 Dh
SERINGUE 20 CC	3,00 Dh	1	3,00 Dh
SERINGUE 5 CC	2,00 Dh	2	4,00 Dh
STERICRIN 3/0 CT 3/8 25 MM	15,00 Dh	1	15,00 Dh
TEGADERM 6CM*7CM INTRAVEINEUSE (REF 1623W)	6,64 Dh	1	6,64 Dh
TROUSSE D'ARTHROSCOPIE HART (001)	503,00 Dh	1	503,00 Dh
TUBULURE POUR IRRIGA (001)	60,00 Dh	1	60,00 Dh
			924,79 Dh

MEDICAMENTS

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
NOVEX 4000UI 0.4ML	38,33 Dh	1	38,33 Dh
BUPIVACAINE 20 MG/4ML AGUETTANT INJECTABLE	23,93 Dh	1	23,93 Dh
DIPROSTENE INJECTA (01)	35,25 Dh	2	70,50 Dh
KEFLIN 1G INJECTA (01)	18,70 Dh	2	37,40 Dh
SERUM SALE 0.9 % 500 POCHE INJECTA (01)	12,80 Dh	1	12,80 Dh
			182,96 Dh

Total global : 1 107,75 Dh

CLINIQUE JERRADA-OASIS
113, Avenue
Tél: 022 23 81 82
Email: jerrada@oasis.tn

CLINIQUE JERRADA OASIS



CASABLANCA Le : 25-03-2023

Facture N° 06081/23

A. Identification

N° Dossier : CJO23C25075850 N° Identifiant : 074853/23
Nom & Prénom : Mme BENNANI KARIMA
C.I.N : BE76170
Adresse : 25 RUE OUED MARZEQUE HAY SALAM

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :
N° d'affiliation :
N° d'immatriculation :
N° Prise en charge :
D. Période d'Hospitalisation
Date Entrée : 25-03-2023
Date Sortie : 25-03-2023

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même
Nom prénom :

Médecin traitant : DR . TAOUFIK AMINE

Traitement : ARTHROSCOPIE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
HOSPITALISATION						
1	SEJOUR CHAMBRE DOUBLE		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
INTERVENTION						
80	ARTHROSCOPIE		25,00			2 000,00
Total Rubrique :						2 000,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		1 107,75			1 107,75
Total Rubrique :						1 107,75
PARTIE CLINIQUE :						3 507,75
HONORAIRES MEDICAUX						
40	DR. ANESTHESISTE REANIMATEUR (ANESTHESIE-REANIMATION)		30,00			1 200,00
80	DR. TAOUFIK AMINE (TRAUMATOLOGUE ET ORTHOPEDIE)		30,00			2 400,00
Total Rubrique :						3 600,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						3 600,00
Arrêté la présente facture à la somme de :			TOTAL GENERAL		7 107,75	

SEPT MILLE CENT SEPT DIRHAMS SOIXANTE-QUINZE CENTIMES
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

CLINIQUE JERRADA OASIS
113, Av. Abdelhak Moussati
Tél : 05 22 23 81 81 Fax : 05 22 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.com