

## 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.

N° W21-769780

N° 161138

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	8329	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	REGAGNI Said
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661322291	Total des frais engagés :	7107,71 Dhs
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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.			

CLINIQUE  
113 Av. Abdellah Ben Kaddour  
Tél. : 0522 23 01 12  
Fax : 0522 23 01 12  
E-mail : [cl113@cl113.ma](mailto:cl113@cl113.ma)

MUPRAS  
113 Av. Abdellah Ben Kaddour  
Tél. : 0522 23 01 12  
Fax : 0522 23 01 12  
E-mail : [mupras@mupras.ma](mailto:mupras@mupras.ma)

11 MAI 2023  
ACCUEIL

Signature de l'adhérent(e) :

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 : Casablanca Le : 11/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXÉCUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>						
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>						
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>						
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>						
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>						
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>						
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td style="text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> <td style="text-align: center;"><b>D</b></td> </tr> </table>			<b>H</b>	<b>G</b>	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
<b>H</b>	<b>G</b>									
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553									
<b>B</b>	<b>D</b>									
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>						
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>						

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# Docteur Amine TAOUIFIK

(3)

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 ..... الدار البيضاء في

## RAPPORT MEDICAL

Nom prénom : Mme BENNANI KARIMA

### Renseignements cliniques :

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

Voir IRM 09/03/2023.

### Traitemenent envisagé et actes :

Arthroscopie genou droit + Méniscectomie partielle interne.

K80 N111

### Durée de séjour :

01 Nuit.

Signature

زاوية شارع عبد المؤمن و شارع أبوالرقم 1 إقامة عبد المؤمن «مقهى المدينة» الطابق الأول رقم الشقة 108  
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 : E-mail : aminetaoufikortho@hotmail.com  
البريد الإلكتروني : Instagram : drtaoufikamine  
الإنستغرام : drtaoufikamine - 14.05.22.284.777

✓ Rapport webicol

✓ IRM.

feuille de ? EC

25/03/23

Nom Prénom : BENNANI KARIMA  
Chirurgien : Dr TAOUIFIK

Dr Karima BENNANI  
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
Angle Bd Abdellmoumen Anouar n°1  
Abdellmoumen Centre 1er Elg Appt 103  
Casablanca - Tel 05.22.884.771

Renseignements cliniques :

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

Traitemet 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

Dr Karima BENNANI  
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
Angle Bd Abdellmoumen Anouar n°1  
Abdellmoumen Centre 1er Elg Appt 103  
Casablanca - Tel 05.22.884.771

## **CLINIQUE JERRADA OASIS**

### **NOTE D'HONORAIRE**

Date d'entrée: 25-03-2023

**DR. TAOUIFIK 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 TAOUIFIK  
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
Angle Ba Abdellatif et Anouar N°1  
Abdelmoumen Centre Ter Elq App 110  
Casablanca - Tel: 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  
73, AV. Aboit - Casablanca - Maroc  
Tél: 0522 23 51 61 - Fax: 0522 23 81 82  
Email: [mkayssi@jerrada.com](mailto:mkayssi@jerrada.com)

# **CLINIQUE JERRADA OASIS**

## **BULLETIN D'ENTREE / SORTIE**

**N° DE DOSSIER** CJO23C25075850

**NOM DU PATIENT** Mme BENNANI KARIMA

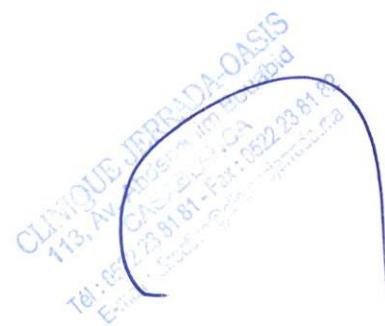
**MÉDECIN TRAITANT** TAOUIFIK AMINE

**PRISE EN CHARGE** PAYANT MUPRAS

**DATE D'ENTREE** 25/03/2023

**DATE DE SORTIE** 25/03/2023

**MODE DE SORTIE** normal



Séjour : Du 25/03/2023 au 25/03/2023

Patient : Mme BENNANI KARIMA

N° Dossier : CJO23C25075850

Organisme : PAYANT

**CLINIQUE JERRADA OASIS****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 route d'El Jadida  
 Tel: 0522238182  
 Fax: 0522238182

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

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

Traitements : ARTHROSCOPIE

### B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . TAOUIFIK AMINE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>HOSPITALISATION</b>						
1	SEJOUR CHAMBRE DOUBLE		400,00			400,00
Total Rubrique :						
80	ARTHROSCOPIE		25,00			2 000,00
Total Rubrique :						
<b>PHARMACIE INTERNE</b>						
1	PHARMACIE		1 107,75			1 107,75
Total Rubrique :						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>						
40	DR. ANESTHESISTE REANIMATEUR (ANESTHESIE-REANIMATION)		30,00			1 200,00
80	DR. TAOUIFIK AMINE (TRAUMATOLOGUE ET ORTHOPEDIE)		30,00			2 400,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
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. Abderrahim Bouabid - Casablanca  
Tél. : 05 22 23 81 81 Fax : 05 22 23 81 82