

Dr. Mustapha TRAFEH



Chirurgie Orthopédique Traumatologique
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca
EX. chef de service de Chirurgie Orthopédique
Et Traumatologique P32
CHU Ibn Rochd Casablanca

الدكتور مصطفى ترافح

جراحة العظام و المفاصل
استاد سابق بكلية الطب الدار البيضاء
رئيس سابق لقسم جراحة العظام و المفاصل
بالمركز الصحي الجامعي ابن رشد

Casablanca le : 17/6/2021

Mme Rouissi Tahra N° 457

2x13 Arcoxia 90 - 1 comp/j x 14 j

149,00 x 2

2 Fleximax 1 gelule 2/j x 30 j

99,50 31 Curarti gel appliqué 2/j

663,50

Pr. Mustapha TRAFEH
Chirurgie Orthopédique
& Traumatologique
Tél.: 05 22 82 20 42 - Cas

18, Zénaga بروكسيل, 2 مارس - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 82 20 42 - البريد الإلكتروني: trafehm@hotmail.com
18, Rue Bruxelles, 2 Mars. Casablanca - Tél.: 05 22 82 20 42 - E-mail: trafehm@hotmail.com

Rouissi

Arcoxia 90 mg
7 comprimés
P.P.V: 133,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NT0
70042492/120916-1
3881
6 118001 160044

Arcoxia 90 mg
7 comprimés
P.P.V: 133,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NT0
70042492/120916-1
3881
6 118001 160044

LOT: 2102004
FAB: 02/2021
EXP: 02/2024
PVC: 149.000DH

6 111261 530022

LOT: 2011011
FAB: 11/2020
EXP: 11/2023
PVC: 149.000DH

curarti®
gel
8 435100 800502

Lot : A1
À consommer de
préférence avant le : 11/2025
P.P.C: 99,50 DH

clinique
mers
sultan



مصحة
مرس
السلطان
607/612021

Nme Rouissi Tahra - M=451

Rx du genou dt
Face profil

RADIOLOGIE
Angle Bd. Anoua all. u. Abdelmoumen
Abdelmoumen Center
Tél : 05 22 86 01 25

Pr. Mustapha TRAFEH
Chirurgie Orthopédique
& Traumatologique
Tél: 05 22 86 01 25 - Casa

URGENCES 24H/24H

64, شارع عمر الادريسي (قرب حديقة مردوخ) - الدار البيضاء - الفاكس : 05 22 26 79 42
64 Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42
الهاتف : 0522 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05
Email : selwa.chaoui@gmail.com / E-mail: cliniquemersultan@gmail.com
www.cliniquemerssultan.ma / ICE : 001728360000010

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
07/06/2021	E	1	300,00	<p>Chirurgie Orthopédique & Traumatologique</p> <p>Tél.: 05 22 82 20 42 - Casa</p>
17/06/2021	E	1	Empl. dentaire	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>S. BELHABIB</p> <p>Dr. en Pharmacie</p> <p>22 Rue LAMENNAIS</p> <p>France Ville II - CASA</p> <p>Tél & Fax : 98 . 00 . 34 - CASA</p>	17/06/2021	663,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Centre de Radiologie Dentaire</p> <p>22 Rue LAMENNAIS</p> <p>France Ville II - CASA</p>	09/06/21	Rx genar Jact F+P	250,00

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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																	
	<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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXEC

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.

Biologie 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.

Educateur :

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.

Maladie :

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.



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 069255

☒ Maladie

☐ Dentaire

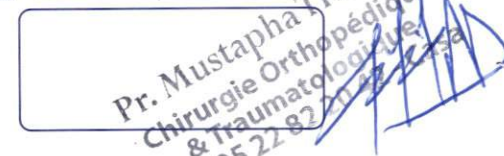
☐ Optique **80 862** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **451** Société : **R A M**
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **Rouissi Tahna Kev Rouissi Mohamed**
Date de naissance : **1.1.1951**
Adresse : **10 Rue andremed 1 ety N3 Le aptaux**
Tél. : **06379926393** Total des frais engagés : **1822** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
Nom et prénom du malade : **Mr Tahna Rouissi** Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : **goutte**
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) : **ACCUEIL** **BOUZAGHANE**