

# 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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

Déclaration : contact@mupras.com  
Mise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

S : 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0038170

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03532 Société : NAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NOURI MOSTAFA

Date de naissance : 10-09-1955

Adresse : DAN CHAOUI Rue 6 n°7 - AN CHOK CASABLANCA

Tél. : 0661888244 Total des frais engagés : 21500,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : MUPRAS

Date de consultation : 03/10/19

Nom et prénom du malade : AMRABET

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pathologie

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 : CASABLANCA Le : 15/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

# 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

03/10/19				<i>G. M. J.</i>
----------	--	--	--	-----------------

**HARFAOUI Abdennacou**  
 Professeur Orthodontique  
 Centre de Recherche Orthodontique  
 Tél : 05 22 36 22 42  
 Email : harfaouiortho@gmail.com

# EXECUTION DES ORDONNANCES

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

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
---	------	------------------------------	------------------------

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

<i>PROMED</i> Tél : 05 22 33 55 44 - Fax : 05 22 33 55 44 E-mail : sales.promed@promed.com	03/10/19					8.1500,-
--	----------	--	--	--	--	----------

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

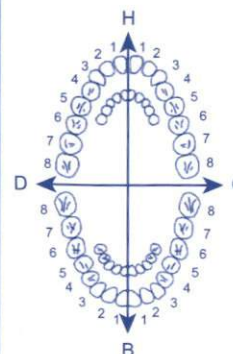
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**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

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			
00000000	00000000		
35533411	11433553		
	B		

**(Création, remont, adjonction)**

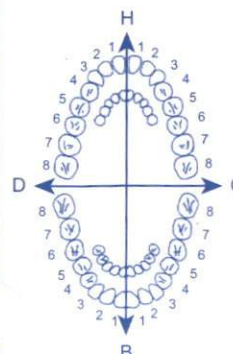
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

CLINIQUE RACINE

Multidisciplinaire



App el saws ne pous

مراجعة راسين

متعددة الاختصاصات

17/09/19

113532

Casablanca, le 17/09/19 : الدار البيضاء، في

Professeur  
Chirurgie Traumatologique Orthopédique  
Clinique Racine Casablanca  
Tél : 05 22 36 22 42  
Email : h.baricaut@racine.ma

Oukidouss AMINA

Prothèse totale de fémur amputé



Professeur  
Chirurgie Traumatologique Orthopédique  
Clinique Racine Casablanca  
Tél : 05 22 36 22 42  
Email : h.baricaut@racine.ma



Casablanca, le 13.10.19 : الدار البيضاء، في :

Mme Boukidouss

Dr. HARFAOUI Abdennaceur  
Professeur Orthopédiste  
Chirurgie Traumatologique  
Cinque Roches Casablanca  
Tél : 05 22 36 22 42  
Email : h.harfaoui@hotmail.com

Prothèse Totale de genou droit

Avec Accessoire

Dr. HARFAOUI Abdennaceur  
Professeur Orthopédiste  
Chirurgie Traumatologique  
Cinque Roches Casablanca  
Tél : 05 22 36 22 42  
Email : h.harfaoui@hotmail.com

PRONESTORE  
Tél: 05 22 23 58 44 - Fax: 05 22 23 58 48  
E-mail: sales.maroc@pronestore.com



# Importation et Distribution de Matériel Médical

SARL au Capital de 4.000.000,00 Dh / R.C. / 51657 T.P. : 25737869 / 1F. : 3334772 / CNSS : 7111892  
 C.B : BP. Centre d'affaires Route des Zaer-Rabat : N° 181810212119606975000402  
 ICE : 000518433000088 / Siteweb : www.nadimed.com / E-mail : nadimed@nadimed.com

Date	Client	Page
10/09/2019	Clinique Racine	1

**DEVIS N° : 0097DV2019**

**Clinique Racine**

20100 CASABLANCA MAARIF

Mme Boukidouss Amina

Référence	Désignation	Qté	Prix T.T.C	Rem	Total T.T.C
100.020	Prothèse totale de genou Cimentée	1	21 750.00		21 750.00



**NADI MED**  
 Administration 1  
 14, Rue Achari, App. N° 03 & 16  
 Agdal - Rabat  
 Tél : 05 37 68 24 41 / Fax : 05 37 68 01 15

*[Handwritten signature in red ink]*

Total Net H.T	Total T.V.A	Total T.T.C
18 125.00	3 625.00	21 750.00

# Facture

Réf : FA1910-2748

Date : 03/10/2019

Date d'échéance : 03/10/2019

Émetteur:

Adressé à:

## PROMEDSTORE

203 Boulevard Anoual , Centre Anoual  
Entrée B 1 er Etage N° 4 20390  
CASABLANCA

Téléphone: 0522 23 56 44

Fax: 0522 23 56 38

Email: sales@promedstore.com

Web: www.promedstore.com

## BOUKIDOUSS AMINA

Tél :

Mail :

Site web :

Montants exprimés en DH

Désignation	TVA	P.U. HT	Qté	Re m (%)	Total HT
PROTHESE TOTALE DU GENOU AVEC LES ACCESSOIRES:	20%	0,00	1,00	0,00	0,00
5002 3032 FIRST MOBILE INSERT A/11 NG	20%	2250,00	1,00	0,00	2250,00
[G88411-MOR] TROUSSE DE LA HANCHE	20%	341,67	1,00	0,00	341,67
SYSTEME DE DRAINAGE HEMOVAC 16	20%	70,83	1,00	0,00	70,83
3M-6650 OPSITE BETADINEE	20%	166,67	1,00	0,00	166,67
CASAQUE	20%	43,05	3,00	0,00	129,15
5002 1021 FIRST FEMUR CEMENTED F1/RIGHT	20%	6416,67	1,00	0,00	6416,67
5005 2100 FIRST TIBIA MONOBLOC CEMENTED T1	20%	5458,34	1,00	0,00	5458,34
5002 4100 FIRST PATELLA S	20%	1833,34	1,00	0,00	1833,34
247000 GENTA C-MENT 1 AAP	20%	625,00	2,00	0,00	1250,00
<b>Total HT</b>					17916,67
<b>Total TVA</b>					3583,33
<b>Total TTC</b>					21500,00

Commentaire :

Émetteur:

Adressé à:

**PROMEDSTORE**

203 Boulevard Anoual , Centre Anoual  
Entrée B 1 er Etage N° 4 20390  
CASABLANCA

Téléphone: 0522 23 56 44

Fax: 0522 23 56 38

Email: sales@promedstore.com

Web: www.promedstore.com

**BOUKIDOUSS AMINA**

Tél :

Mail :

Site web :

Montants exprimés en DH

Désignation	TVA	P.U. HT	Qté	Re m (%)	Total HT
PROTHESE TOTALE DU GENOU AVEC LES ACCESSOIRES:	20%	0,00	1,00	0,00	0,00
5002 3032 FIRST MOBILE INSERT A/11 NG	20%	2250,00	1,00	0,00	2250,00
[G88411-MOR] TROUSSE DE LA HANCHE	20%	341,67	1,00	0,00	341,67
SYSTEME DE DRAINAGE HEMOVAC 16	20%	70,83	1,00	0,00	70,83
3M-6650 OPSITE BETADINEE	20%	166,67	1,00	0,00	166,67
CASAQUE	20%	43,05	3,00	0,00	129,15
5002 1021 FIRST FEMUR CEMENTED F1/RIGHT	20%	6416,67	1,00	0,00	6416,67
5005 2100 FIRST TIBIA MONOBLOC CEMENTED T1	20%	5458,34	1,00	0,00	5458,34
5002 4100 FIRST PATELLA S	20%	1833,34	1,00	0,00	1833,34
247000 GENTA C-MENT 1 AAP	20%	625,00	2,00	0,00	1250,00
<b>Total HT</b>					17916,67
<b>Total TVA</b>					3583,33
<b>Total TTC</b>					21500,00

**PROMEDSTORE**  
Direction  
203 Bv Anoual, Capital Center Anoual  
1er étage N°4 CASA  
Tél 0522 235 644 Fax 0522 235 636

**Commentaire :**

**PROMEDSTORE**

203 Boulevard Anoual , Centre Anoual  
Entrée B 1 er Etage N° 4 20390  
CASABLANCA

Téléphone: 0522 23 56 44  
Fax: 0522 23 56 38  
Email: sales@promedstore.com  
Web: www.promedstore.com

**BOUKIDOUSS AMINA**

Tél :  
Mail :  
Site web :

Désignation	Quantité
PROTHESE TOTALE DU GENOU AVEC LES ACCESSOIRES:	1,00
5002 3032 FIRST MOBILE INSERT A/11 NG	1,00
[G88411-MOR] TROUSSE DE LA HANCHE	1,00
SYSTEME DE DRAINAGE HEMOVAC 16	1,00
3M-6650 OPSITE BETADINEE	1,00
CASAQUE	3,00
5002 1021 FIRST FEMUR CEMENTED F1/RIGHT	1,00
5005 2100 FIRST TIBIA MONOBLOC CEMENTED T1	1,00
5002 4100 FIRST PATELLA S	1,00
247000 GENTA C-MENT 1 AAP	2,00

**PROMEDSTORE**  
Direction  
203 Bv Anoual, Capital Center Anoual  
1er étage N°4 CASA  
Tel 0522 235 644 Fax 0522 235 638

Émetteur:

**PROMEDSTORE**

203 Boulevard Anoual , Centre Anoual  
Entrée B 1 er Etage N° 4 20390  
CASABLANCA

Téléphone: 0522 23 56 44

Fax: 0522 23 56 38

Email: sales@promedstore.com

Web: www.promedstore.com

Adressé à:

**BOUKIDOUSS AMINA**

Tél :

Mail :

Site web :

Montants exprimés en DH

Désignation	TVA	P.U. HT	Qté	Rem (%)	Total HT
PROTHESE TOTALE DU GENOU AVEC LES ACCESSOIRES:	20%	0,00	1,00	0,00	0,00
[ 5002 1021] FIRST FEMUR CEMENTED F1/RIGHT	20%	6416,67	1,00	0,00	6416,67
[ 5005 2100] FIRST TIBIA MONOBLOC CEMENTED T1	20%	5458,34	1,00	0,00	5458,34
[5002 3032] FIRST MOBILE INSERT A/11 NG	20%	2250,00	1,00	0,00	2250,00
[ 5002 4100] FIRST PATELLA S	20%	1833,34	1,00	0,00	1833,34
[247000] GENTA C-MENT 1	20%	625,00	2,00	0,00	1250,00
[G88411-MOR] TROUSSE DE LA HANCHE	20%	341,67	1,00	0,00	341,67
SYSTEME DE DRAINAGE HEMOVAC 16	20%	70,83	1,00	0,00	70,83
[3M-6650] OPSITE BETADINEE	20%	166,67	1,00	0,00	166,67
CASAQUE	20%	43,05	3,00	0,00	129,15
<b>Total HT</b>					17916,67
<b>Total TVA</b>					3583,33
<b>Total TTC</b>					21500,00

**Commentaire :**

**CAISSE NATIONALE  
DES ORGANISMES DE PREVOYANCE SOCIALE**

**DEMANDE D'AUTORISATION D'ACHAT  
D'APPAREILS ET ACCESSOIRES**

N.B - La décision d'acceptation ou de rejet de la Caisse est notifiée à l'adhérent cette décision est susceptible prévu à l'article 119 du règlement intérieur. Si dans le délai de trois mois, aucune décision n'a été notifiée à l'adhérent, l'assentiment de la Caisse est présumé acquis (article 47 du règlement intérieur).

*A remplir par l'Adhérent*

Numéro Maticule de L'adhérent <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> Prénom, Nom..... Grade, service..... Adresse.....	Bénéficiaire (adhérent, conjoint, enfant (1)) Prénom, Nom..... Grade, service..... Adresse.....
---	---

**ORDONNANCE MEDICALE**

le MEDECIN, le CHIRURGIEN, le SPECIALISTE (1) soussigné :

Prénom : .....

Nom : .....

Adresse : .....

Propose d'autoriser le bénéficiaire ci-dessus à acheter l'appareil ci-après

*Pathesi Tobek d'usage droit*

A. *Cop* le *03.10.19*

**DEVIS D'ACHAT**

L'OPTICIEN L'ORTHOPEDISTE, le BANDAGISTE (1) soussigné :

Prénom : .....

Nom : .....

Adresse : .....

Propose de vendre (1) ou de fabriquer (1) l'appareil décrit à l'ordonnance médicale ci-dessus au prix indiqué au devis ci-après, axé suivant les prescriptions de la Nomenclature Générale des actes professionnels.

**DEVIS**

*Pathesi Tobek d'usage droit*

Montant total du devis (en toute lettres) *Vingt et un mille 000 francs*

A. *Cop* le *03.10.19*

(1) Rayer les mentions inutiles

CLINIQUE RACINE

Multidisciplinaire



مصحّة راسين

متعددة الاختصاصات

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في

30/10/2019

COMPTE RENDU OPERATOIRE

P T G

Mme BOUKIDOUSS AMINA

Dr. HARFAOUI Abdennaceur  
Professeur  
Chirurgie Traumatologique Orthopédique  
Clinique Racine Casablanca  
Tél : 05 22 36 22 42  
Email : n.harfaoui@hotmail.com

Patiente âgée de 64 ans présente une gonarthrose du genou droit avancée et

Douloureuse Justifiant Un remplacement prothétique total.

Sous anesthésie loco régionale, abord antérieur. Arthrotomie. Mise en place

D'une prothèse totale de genou droit à plateau mobile. Prothèse stable.

Fermeture en 2 plans.

Dr. HARFAOUI Abdennaceur  
Professeur  
Chirurgie Traumatologique Orthopédique  
Clinique Racine Casablanca  
Tél : 05 22 36 22 42  
Email : n.harfaoui@hotmail.com

000K180055  
5M108

PHILIPS BV29

CLINIQUE  
RACINE 1434

03.10.18  
03.18

FLUORO

40 2  
0 085 8 107  
1 PR 3  
CONE 008