

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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

éclamation : contact@mupras.com

rise 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **03532** Société : **NAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **NOURI MOSTAFIX**

Date de naissance : **10.09.1955**

Adresse : **Dar Nourou Rue 6 Dpt. Aïn Chok Casablanca**

Tél. : **0661488244** Total des frais engagés : **21500,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **03/10/2011**

Nom et prénom du malade : **AMINE**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Prothésy Total d'un gen**

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 : **15/10/11**

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
03				
10				
19				

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>PROMEDS</i> 181.55.22.23.564 - Fax: 181.55.22.23.563 E-mail: sales.maroc@pemed.com	03 10 19					<i>Rs.1.500,-</i>

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

CLINIQUE RACINE

Multidisciplinaire

Appels sont répondus
نحوه راسين

متعددة الإختصاصات

17/09/19

نـ 3532



16 SEP. 2019

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

Dr. A. RACINE
Professeur
Chirurgie Traumatologique Orthopédique
Clinique Racine Casablanca
Tél : 05 22 36 22 42
Email : n.harfaoui@yahoo.fr

Dr. K. KIDOUSS AMINA

Prothèse totale de hanche Amputée



Dr. HAFNAUI Abdennaceur
Professeur
Chirurgie Traumatologique Orthopédique
Clinique Racine Casablanca
Tél : 05 22 36 22 42
Email : n.harfaoui@yahoo.fr

CLINIQUE RACINE

Multidisciplinaire



مصحة راسين
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le : 03.10.19 الدار البيضاء، في :

Mme Boukiddouss

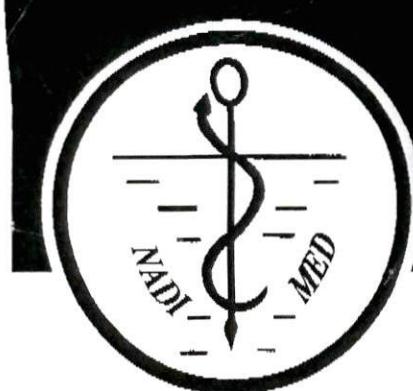
Mr. HARFAOUI Abdennaceur
Projecteur Orthopédique
Ingenieur Biomedica
Chaque Roche Casablanca
Tel: 05 22 36 22 42
Email: n.harfaoui@hotmail.com

Prothèse Totale de genou droit

Avec Accessoire

Mr. HARFAOUI Abdennaceur
Projecteur Orthopédique
Ingenieur Biomedica
Chaque Roche Casablanca
Tel: 05 22 36 22 42
Email: n.harfaoui@hotmail.com

PROMEDSTORE
Tel: 05 22 23 56 44 - Fax: 05 22 23 54 44
E-mail: sales.maroc@promedstore.com



Importation et Distribution de Matériel Médical

SARL au Capital de 4 000.000.00 Dh / R.C. / 51657 T.P. / 25737869 / F. : 3332772 / 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

10/09/2019

Client

Clinique Racine

Page

1

Clinique Racine

20100 CASABLANCA MAARIF

DEVIS N° : 0097DV2019

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

DR AGOUMI Saad
Medecin Conseil
17 SEP. 2019

NADI MED
Administration 1
14, Rue Achouri App. N° 03 & 16
Aïdal, Rabat
Tél : 0537 68 24 41 - 0537 68 01 92 - Fax : 0537 68 01 15

Q.S.K.

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

Rabat - Siège : 14 Rue Achouri, App. N° 3 - Aïdal, Rabat | Tel : 0537 68 24 41 - 0537 68 01 92 - Fax : 0537 68 01 15
Fax : 0537 68 01 92 | E-mail : nadimed@nadimed.com

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	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
Total HT					17916,67
Total TVA					3583,33
Total TTC					21500,00

Commentaire :

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	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
					Total HT 17916,67
					Total TVA 3583,33
					Total TTC 21500,00

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

PROTHESE TOTALE DU GENOU AVEC LES ACCESSOIRES:

5002 3032 FIRST MOBILE INSERT A/11 NG

[G88411-MOR] TROSSE DE LA HANCHE

SYSTEME DE DRAINAGE HEMOVAC 16

3M-6650 OPSITE BETADINEE

CASAQUE

5002 1021 FIRST FEMUR CEMENTED F1/RIGHT

5005 2100 FIRST TIBIA MONOBLOC CEMENTED T1

5002 4100 FIRST PATELLA S

247000 GENTA C-MENT 1 AAP

Quantité

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

3,00

1,00

1,00

1,00

1,00

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
Total HT					17916,67
Total TVA					3583,33
Total TTC					21500,00

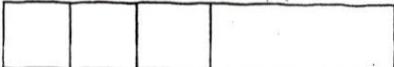
Commentaire :

**CAISSE NATIONAL
DES ORGANISMES DE PROVOYANCE 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 Matricule de L'adhérent 	Bénéficiaire (adhérent, conjoint, enfant (1)) Prénom, Nom..... Grade, service..... Adresse..... 
Prénom, Nom..... Grade, service..... Adresse..... 	

ORDONNANCE MEDICALE

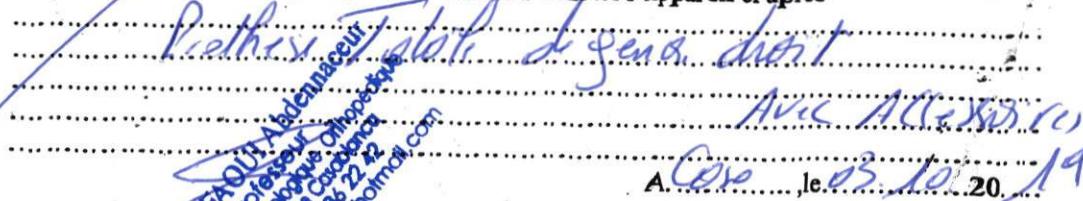
le MEDECIN, le CHIRURGIEN, le SPECIALISTE (1) soussigné :

Prénom :

Nom :

Adresse :

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

Pathesi Tobl. d gen. droit *Avec ACCESORIES*

A Cos le 03.10.2019

DEVIS D'ACHAT

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

Prénom :

Nom :

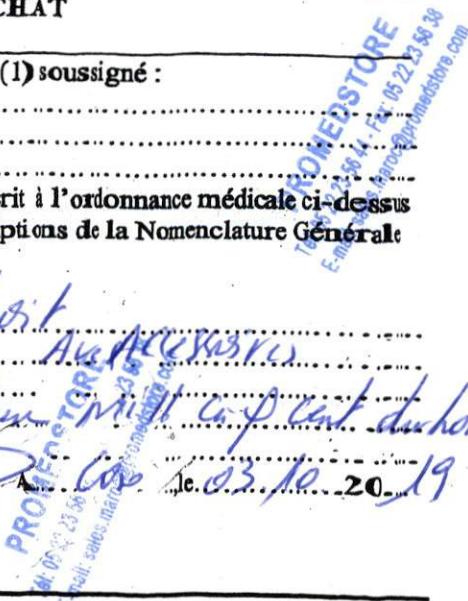
Adresse :

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.

Pathesi Tobl. d gen. droit *Avec ACCESORIES*

A Cos le 03.10.2019

(1) Rayez les mentions inutiles





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
Cinquième Roche Casablanca
Tél : 05 22 36 22 42
Email : n.hartaoui@hotmail.com

Patiene 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 de 2 plans.

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

BOUKIDOUSS
AMINE

PHILIPS BV29

CLINIQUE
FACINE 1454
03.10.13
03.10.13



FLUORO

CLINIQUE
FACINE 1454
03.10.13
03.10.13