

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

Informations 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.

Médecine 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

58409

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013711

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 810 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : Retraité

Nom & Prénom : EL FADEL AHMED Date de naissance : 21.01.1935

Adresse : Hay Yhya Abdellah Rue 189 N° 14 Aïn el Dje

Tél. 0661 20 74 55 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL FADEL AHMED Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Fracture sur Trochanter interne Professeur Abdennaceur

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

Signature de l'adhérent(e) : El Fadel

Le : / /

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

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
08				<i>GRATUIT</i>
01				<i>DR HANFAOUI Abdellah Professeur Orthopédiste Chirurgien Traumatologue Carabancou 18, route de la Gare 22 38 22 42 Email: n.hanfaoui@hotmail.com</i>
2021				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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>PROMEDSTOM DEPARTEMENT TRAUMA TEL: 05 22 38 38 22</i>	08					6000,-
	01					
	2021					

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>

CLINIQUE RACINE

Multidisciplinaire



مصحة راسين
متعددة الاختصاصات

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

Casablanca, le : 08.01.2021 الدار البيضاء، في

EL FADEL AHMED

(low Gramma STD
en TITANE STERILE)

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

PROMED STRAET
DEPART ORTHO TRAUM/
TEL: 05 22 23 56 44



PROMEDSTORE
La solution de l'équipement médical

Facture

Date:	08/01/2021
Numéro:	21FC00004

EL FADEL AHMED

ICE :

CLOU GAMMA STD EN TITANE STERILE

Réf	Désignation	Qté	PU HT	Remise	Total HT
HSJ130-10	Supernail GT STD 130°	1	3 708,33	0%	3 708,33
HMV108-032ST	Distal screw L. 32 mm	1	416,67	0%	416,67
HSJC305	Cephalic screw L. 105 mm	1	416,67	0%	416,67
HSNB830	Blocking screws Ø 8 mm L.25 mm	1	416,67	0%	416,67
605966190042P	CASAQUE CHIRURGICALE STANDARD	1	41,67	0%	41,67

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Six mille Dhs TTC

TOTAL (H.T)	5 000,01
TVA (20%)	999,99
TOTAL TTC	6 000,00

Commentaire :

Conditions de règlement :	le 08/01/21	CHEQUE	6 000,00
---------------------------	-------------	--------	----------

RIB : ATTIJARIWAFA BANK - C.A. 2001
 IBAN : 007 780 0002007000001349 46
 CODE SWIFT : BCMAMAMC

203, Boulevard Anoual, Capital Center Anoual, Entrée B, 1er étage N°4-Casablanca-Maroc. CP:20390
 RC: 257651 - IF:40489519 - Patente: 34704019 - C.N.S.S: 9089287 - ICE: 000204445000061 - Capital : 1.000.000,00 Dhs
 Tél.: 0522 235644 - Fax: 0522 235638 - Email: sales.maroc@promedstore.com - Site Web: www.promedstore.com



PROMEDSTORE
La solution de l'équipement médical

Facture

Date:	08/01/2021
Numéro:	21FC00004

EL FADEL AHMED

ICE :

CLOU GAMMA STD EN TITANE STERILE

Réf	Désignation	Qté	PU HT	Remise	Total HT
HSJ130-10	Supernail GT STD 130°	1	3 708,33	0%	3 708,33
HMV108-032ST	Distal screw L. 32 mm	1	416,67	0%	416,67
HSJC305	Cephalic screw L. 105 mm	1	416,67	0%	416,67
HSNB830	Blocking screws Ø 8 mm L.25 mm	1	416,67	0%	416,67
605966190042P	CASAQUE CHIRURGICALE STANDARD	1	41,67	0%	41,67

*PROMEDSTORE
203 Boulevard Anoual - Direction Capital Center Anoual
1er étage N°4 - CASA
Tel: 0522 235 644 Fax: 0522 235 634*

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Six mille Dhs TTC

TOTAL (H.T)	5 000,01
TVA (20%)	999,99
TOTAL TTC	6 000,00

Commentaire :

Conditions de règlement :	le 08/01/21	CHEQUE	6 000,00
---------------------------	-------------	--------	----------

RIB : ATTIJARIWAFA BANK - C.A. 2001
IBAN : 007 780 000200700001349 46
CODE SWIFT : BCMAMAMC

203, Boulevard Anoual, Capital Center Anoual, Entrée B, 1er étage N°4-Casablanca-Maroc. CP:20390
RC: 257651 - IF:40489519 - Patente: 34704019 - C.N.S.S: 9089287 - ICE: 000204445000061 - Capital : 1.000.000,00 Dhs
Tél.: 0522 235644 - Fax: 0522 235638 - Email: sales.maroc@promedstore.com - Site Web: www.promedstore.com



PROMEDSTORE
La solution de l'équipement médical

Bon de livraison

Date:	08/01/2021
Numéro:	21BL00004

EL FADEL AHMED

ICE :

CLOU GAMMA STD EN TITANE STERILE

Réf	Désignation	Qté
HSJ130-10	Supernail GT STD 130°	1
HMV108-032ST	Distal screw L. 32 mm	1
HSJC305	Cephalic screw L. 105 mm	1
HSNB830	Blocking screws Ø 8 mm L.25 mm	1
605966190042P	CASAQUE CHIRURGICALE STANDARD	1

PROMEDSTORE
Direction
203 Bv Anoual Capital Center Anoual
1er étage N°4- CASA
Tél: 0522 235 634 - Fax: 0522 235 638



PROMEDSTORE
La solution de l'équipement médical

Devis

Date:	08/01/2021
Numéro:	21DV00012

EL FADEL AHMED

ICE :

CLOU GAMMA STD EN TITANE STERILE

Réf	Désignation	Qté	PU HT	Remise	Total HT
HSJ130-10	Supernail GT STD 130°	1	3 708,33	0%	3 708,33
HMV108-032ST	Distal screw L. 32 mm	1	416,67	0%	416,67
HSJC305	Cephalic screw L. 105 mm	1	416,67	0%	416,67
HSNB830	Blocking screws Ø 8 mm L.25 mm	1	416,67	0%	416,67
605966190042P	CASAQUE CHIRURGICALE STANDARD	1	41,67	0%	41,67

PROMEDSTORE
Direction
203 Bd Anoual Capital Center Anoual
1er étage N°4 - CASA
Tél: 0522 235 678 Fax: 0522 235 678

TOTAL (H.T)	5 000,01
TVA (20%)	999,99
TOTAL TTC	6 000,00

**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

<p>Numéro Matricule de L'adhérent</p>	<p>Bénéficiaire (adhérent, conjoint, enfant (1)) Prénom, Nom..... Grade, service..... Adresse.....</p>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<p>Prénom, Nom..... Grade, service..... Adresse.....</p>	

ORDONNACE MEDICALE

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

Prénom : (1) soulignez .

Nom :

Adresse :
.....

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

~~DI-HARFA OUI ADDÉM
SOCIÉTÉ PROFESSIONNELLE D'IMPROVISATION
CLIQUE JEUNESSE ET CULTURE
Champs Elysées 36 75008 Paris
tél : 01 55 22 22 22~~

DEVIS D'ACHAT

POUR GRANMA STN

en 1 i TANE STERILE

A.Casa le 08.01.2021

DEVIS D'ACHAT

L'OPTICIEN L'ORTHOPÉDISTE, 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.

Clow GRAMMA STD D E V I S
MONTANT TOTALE STERILE
Montant total du devis (en toute lettres) SIX MILLE DIX HUIT

(1) Rayer les mentions inutiles



Casablanca, le الدار البيضاء في

08/01/2021

COMPT REDU OPERATOIR

MR EL FADEL AHMED

Patient âgé de 85 ans présente lors d'une chute ; une fracture per trochantérienne hanche gauche justifiant une fixation chirurgicale.
Sous anesthésie loco régionale traction orthopédique .abord externe.
Réduction et fixation par clou gamma.
Montage stable ; fermeture en 2 plans .

*Dr. HAKIM AOUAUI Abdennaceur
Professeur
Chirurgie Traumatologique Orthopédique
Clinique Racine Casablanca
Tél : 05 22 36 22 42
Email : n.hakim.aoui@hotmail.com*

M' ELFANDEL AHMED

08.01.2021

CLINIQUE RACINE
André Ad Massika Rue B Jnont
CASA Tel: 0522 94 22 &
Fax: 0522 94 21 28

