

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



MUPRAS

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

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 : 21.01.1938

Adresse : Hay My Abdelaziz Rue 189 N° 144 Al Hek

Tél. : 0661 10 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

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

Nature de la maladie : Fracture par Trochanter gauche

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 : Casa Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : El Fadel

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
08 01 2021			GRATIN 1	Dr HARFAOUI Abdelhak Professeur Chirurgie Traumatologique Orthopédique Clinique Racine Casablanca Tél : 05 22 36 22 42 Email: m.harfaoui@hotmail.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

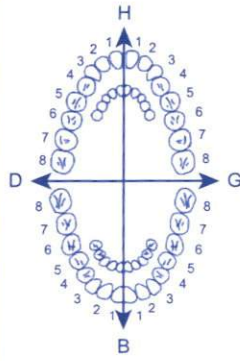
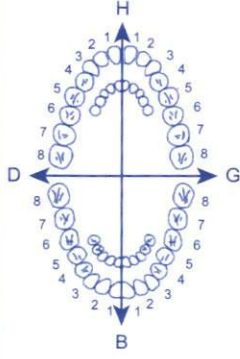
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
PROMEDSTOCK DEPARTEMENT ORTHOPÉDIE TEL: 05 22 36 22 42	08 01 2021					6000,-

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 d

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'EXECUTION

CLINIQUE RACINE

Multidisciplinaire



مصلحة راسين

متعددة الاختصاصات

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

Casablanca, le : 08.01.2021 في الدار البيضاء.

EL FADEL AHMED

(Low GAMMA STD
en TITANE STERILE

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

PROMADSTRAE
A
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 : ATIJARIWAFABANK - 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

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 Bv Anoual Direction
1er étage Capital Center Anoual
N°4 - CASA
Tel: 0522 235644 Fax: 0522 235638

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 : ATIJARIWAFABANK - 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

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 By Anoual Capital Center Anoual
1^{er} étage N°4- CASA
Tél: 0522 235 638, 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, Boulevard Anoual, Capital Center Anoual
1^{er} étage N°4-CASA
Tél: 0522 235 644 Fax: 0522 235 638

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

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).

<p>Numéro</p> <p>Matricule de L'adhérent</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 10px auto;"></div> <p>Prénom, Nom.....</p> <p>Grade, service.....</p> <p>Adresse.....</p> <p>.....</p>	<p>Bénéficiaire</p> <p>(adhérent, conjoint, enfant (1))</p> <p>Prénom, Nom.....</p> <p>Grade, service.....</p> <p>Adresse.....</p> <p>.....</p>
--	---

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

Prénom :

Nom :

Adresse :

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

.....

ANDEAN, GAM-11 872

NEW GIAMMA S/P

en TITANIE STEEL

DATE: 11/11/2011 TIME: 11:11 AM

A. Caso... , le. 08.01 2022

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

(Low GAMMA SID)

INTITANE SLIDE

Montant total du devis (en toute lettres) Six mille deux cents

..... 5.12.11. de 10000

4

(1) Rayer les mentions inutiles

PROPOSED FOR THE
CITY OF
BOSTON

MEDSTO

Country	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Japan	7.0	7.5	8.0	8.5	9.0	9.5	10.0	10.5	11.0	11.5	12.0	12.5	13.0	13.5	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0
Germany	10.0	10.5	11.0	11.5	12.0	12.5	13.0	13.5	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0	17.5	18.0	18.5	19.0	19.5	20.0
France	11.0	11.5	12.0	12.5	13.0	13.5	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0	17.5	18.0	18.5	19.0	19.5	20.0	20.5	21.0
Italy	12.0	12.5	13.0	13.5	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0	17.5	18.0	18.5	19.0	19.5	20.0	20.5	21.0	21.5	22.0
Spain	13.0	13.5	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0	17.5	18.0	18.5	19.0	19.5	20.0	20.5	21.0	21.5	22.0	22.5	23.0
Sweden	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0	17.5	18.0	18.5	19.0	19.5	20.0	20.5	21.0	21.5	22.0	22.5	23.0	23.5	24.0
Belgium	15.0	15.5	16.0	16.5	17.0	17.5	18.0	18.5	19.0	19.5	20.0	20.5	21.0	21.5	22.0	22.5	23.0	23.5	24.0	24.5	25.0
United Kingdom	16.0	16.5	17.0	17.5	18.0	18.5	19.0	19.5	20.0	20.5	21.0	21.5	22.0	22.5	23.0	23.5	24.0	24.5	25.0	25.5	26.0
United States	17.0	17.5	18.0	18.5	19.0	19.5	20.0	20.5	21.0	21.5	22.0	22.5	23.0	23.5	24.0	24.5	25.0	25.5	26.0	26.5	27.0
Canada	18.0	18.5	19.0	19.5	20.0	20.5	21.0	21.5	22.0	22.5	23.0	23.5	24.0	24.5	25.0	25.5	26.0	26.5	27.0	27.5	28.0
Australia	19.0	19.5	20.0	20.5	21.0	21.5	22.0	22.5	23.0	23.5	24.0	24.5	25.0	25.5	26.0	26.5	27.0	27.5	28.0	28.5	29.0
South Korea	20.0	20.5	21.0	21.5	22.0	22.5	23.0	23.5	24.0	24.5	25.0	25.5	26.0	26.5	27.0	27.5	28.0	28.5	29.0	29.5	30.0
China	21.0	21.5	22.0	22.5	23.0	23.5	24.0	24.5	25.0	25.5	26.0	26.5	27.0	27.5	28.0	28.5	29.0	29.5	30.0	30.5	31.0
India	22.0	22.5	23.0	23.5	24.0	24.5	25.0	25.5	26.0	26.5	27.0	27.5	28.0	28.5	29.0	29.5	30.0	30.5	31.0	31.5	32.0
Brazil	23.0	23.5	24.0	24.5	25.0	25.5	26.0	26.5	27.0	27.5	28.0	28.5	29.0	29.5	30.0	30.5	31.0	31.5	32.0	32.5	33.0
Argentina	24.0	24.5	25.0	25.5	26.0	26.5	27.0	27.5	28.0	28.5	29.0	29.5	30.0	30.5	31.0	31.5	32.0	32.5	33.0	33.5	34.0
Colombia	25.0	25.5	26.0	26.5	27.0	27.5	28.0	28.5	29.0	29.5	30.0	30.5	31.0	31.5	32.0						

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1036.

[illegible]

CLINIQUE RACINE

Multidisplinaire



مصحّة راسين

متعددة الاختصاصات

Casablanca, le

الدار البيضاء في

08/01/2021

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

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

M^r EL FADEL AHMED

08.01.2021

CLINIQUE RACINE
Angle Bd Massara, Rue El Mont
CASA Tél: 0522 94 22 66
Fax: 0522 94 21 28

