



## DEVIS ESTIMATIF

Ce devis est estimatif et n'a aucun caractère définitif.  
Il est établi sur une base prévisionnelle à la demande du corps médical.

Rabat, 27 mars 2023 12:07:51

Référence : 3 197 347

Service demandeur : PROGRAMME

Type de demande : ACTE CHIRURGICAL

Adhérent		Bénéficiaire				
Nom et prénom : LAROUÏ NOREDDINE		Nom et prénom : LAROUÏ NOREDDINE				
IPP : 1 627 544		IPP : 1 627 544				
N° C.I.N : K7840		N° C.I.N : K7840				
Téléphone : 0661219473		Téléphone : 0661219473				
		Date de naissance : 03/07/1953				
Traitement envisagé						
Code	Traitement	Lettre	Cotation	Qte	Prix u.	Total
ACTES						
D297	Partie II Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes / Titre III Actes portant sur la tête / Chapitre II Orbite et œil / Article 4 Chirurgie de la conjonctive et du segment antérieur du globe / ablation chirurgicale suivie de greffe de conjonctive ou de muqueuse buccale	KC	60	1,00	4 980,00	4 980,00
				Total : 4 980,00		
PHARMACIE						
S	PHARMACIE ESTIMATIVE			1,00	2 000,00	2 000,00
				Total : 2 000,00		



Arrêté le présent devis à la somme de six mille neuf  
cent quatre-vingts et xx / 100

Montant total : 6 980,00

Les montants affichés sur ce devis sont en MAD (Dirhams marocains)

Info Clinique :

D297

Médecin Traitant : PR BELMEKKI

N.B:

En l'absence de prise en charge d'un organisme conventionné avec l'Hôpital ou d'une avance sur frais d'hospitalisation à hauteur du montant du présent devis estimatif, l'admission ne pourra être réalisée :

Dans le cas d'un dépassement, le patient devra s'acquitter de la différence à la caisse avant la sortie.

Le devis ne comporte pas les soins supplémentaires qui peuvent être dus à des évolutions imprévues.

Signature et cachet de l'Hôpital





Arrêté le présent devis à la somme de six mille neuf  
cent quatre-vingts et xx / 100

Montant total : 6 980,00

Les montants affichés sur ce devis sont en MAD (Dirhams marocains)

**Info Clinique :**

D297

**Médecin Traitant : PR BELMEKKI**

N.B.:

En l'absence de prise en charge d'un organisme conventionné avec l'Hôpital ou d'une avance sur frais d'hospitalisation à hauteur du montant du présent devis estimatif, l'admission ne pourra être réalisée :

Dans le cas d'un dépassement, le patient devra s'acquitter de la différence à la caisse avant la sortie.

Le devis ne comporte pas les soins supplémentaires qui peuvent être dus à des évolutions imprévues.

**Signature et cachet de l'Hopital**





27/03/2023

Mr LAROUÏ NOREDDINE

Membrane Amniotique

AMNIOTEK G

Dr. Mohammed BELMEKKI  
Professeur d'Ophtalmologie  
Hôpital Cheikh Zaid-Rabat  
INPE : 101/07779

27 mars 2023

Mr LAROUÏ NOREDDINE

Cure de pterygion recidivant : exereses avec greffe de  
conjonctive+ membrane amniotique

D297

Dr. Monammed BELMEKKI  
Professeur d'Ophtalmologie  
Hôpital Cheikh Zaid-Rabat  
INPE : 101107779

2.5.23

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé  
et de la Protection sociale

Direction du Médicament  
et de la Pharmacie



المملكة المغربية  
+٨٨٤٦ ١ ٨٤٦٠٤٠  
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية  
+٨٨٤٦ ١ ٨٤٦٠٤٠  
مديرية الأدوية والصيدلة  
+٨٨٤٦ ١ ٨٤٦٠٤٠

**AUTORISATION SPECIFIQUE POUR L'IMPORTATION D'UN DISPOSITIF MEDICAL  
NON COMMERCIALISE AU MAROC PRESCRIT A UN MALADE DETERMINE**

N°.....-2023/AS-DM/DPS/DMP/18

Du : \_\_\_\_\_

**PARTIE I : RESERVEE AU DEMANDEUR**

- Nom et prénom du patient : Norddine Laroui
- N° CIN du patient ou de son représentant : K 7840
- Nom et adresse de l'établissement de soin (cas échéant) : Hopital Cheik Zaïd
- Nom du Directeur de l'établissement de soins (cas échéant) : PRABABOU
- Nom du prescripteur et sa spécialité : Dr Belmekki (Ophtalmologiste)
- Date de la prescription : 27/03/2023

Signature du demandeur et cachet en cas de l'établissement de soin :



**PARTIE II : RESERVEE AU MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE**

Conformément aux dispositions de la loi n°84-12 relative aux dispositifs médicaux,  
promulguée par le Dahir n°1-13-90 du 22 chaoual 1434 (30 août 2013) et des textes pris pour  
son application, une autorisation spécifique est délivrée, à des fins thérapeutiques, à :

- Nom et prénom du patient : Norddine Laroui
- Le cas échéant, Nom et adresse de l'établissement de soins au profit du patient :

En vue d'importer le dispositif médical suivant :

- Désignation : Amniotek G
- Nom de marque/Nom commercial : Amniotek G
- Présentation : 2 cm x 2 cm
- Numéro de référence : 150microns
- Quantité : 01

Ce dispositif médical doit être utilisé sous la responsabilité du médecin prescripteur.

La présente autorisation est valable pour une seule importation.

Signature et cachet du Ministre de la Santé et de la Protection Sociale ou de son délégataire



PIECES DU DOSSIER D'ENREGISTREMENT	I	OBSERVATIONS
<b>FORMAT PAPIER :</b>		
1- Lettre de demande datée et signée par le malade ou l'un de ses proches ou son représentant légal ou, le cas échéant, le responsable de l'établissement de santé public ou privé au sein duquel le patient est pris en charge ;	<input type="checkbox"/>	.....
2- ordonnance datée, signée et cachetée par le prescripteur indiquant l'adresse de ce dernier et précisant clairement le nom du malade, son âge, la désignation, le nom de marque et/ou le nom commercial du dispositif médical, la durée du traitement et la quantité nécessaire dudit dispositif ;	<input type="checkbox"/>	.....
3- photocopie de la carte nationale d'identité du malade ou de l'un de ses proches ou de son représentant légal.	<input type="checkbox"/>	.....
4- Autorisation spécifique pour l'importation d'un dispositif médical non commercialisé au Maroc prescrit à un malade déterminé rempli conformément au modèle (Annexe IV de l'arrêté N°2855-15).	<input type="checkbox"/>	.....
<b>FORMAT ELECTRONIQUE (en cas de l'établissement de soins):</b>		
CD-ROM comportant les fichiers numérotés et clairement identifiés (scannés) + Autorisation spécifique dûment remplie « format Word ».	<input type="checkbox"/>	.....

**NB :** L'autorisation spécifique est valable pour une seule importation.

DE ER DM / 08  
Version : 01  
Date d'application : 01 / 02 / 2017  
Page : 1/1

**ENREGISTREMENT**  
AUTORISATION SPECIFIQUE D'UN DISPOSITIF  
MEDICAL NON COMMERCIALISE AU MAROC,  
PRESCRIT A UN MALADE DETERMINE

Direction du Médicament et de la  
Pharmacie

**PARTIE A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR :**

**LE DEMANDEUR**

☐ Patient :

- Nom et prénom : *Noroddine Laroui*  
- CINE : *K 7840*

☐ Etablissement de soins



NOM DE MARQUE	NOM COMMERCIAL	DESIGNATION
<i>Amniohek G</i>	<i>Amaiohek G</i>	<i>2 cm x 2 cm / 150 microns</i>

**PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION :**

N° de réception : .....

PIECES DU DOSSIER D'ENREGISTREMENT	I	OBSERVATIONS
<b>FORMAT PAPIER :</b>		
1- Lettre de demande datée et signée par le malade ou l'un de ses proches ou son représentant légal ou, le cas échéant, le responsable de l'établissement de santé public ou privé au sein duquel le patient est pris en charge ;	<input type="checkbox"/>	.....
2- ordonnance datée, signée et cachetée par le prescripteur indiquant l'adresse de ce dernier et précisant clairement le nom du malade, son âge, la désignation, le nom de marque et/ou le nom commercial du dispositif médical, la durée du traitement et la quantité nécessaire dudit dispositif ;	<input type="checkbox"/>	.....
3- photocopie de la carte nationale d'identité du malade ou de l'un de ses proches ou de son représentant légal.	<input type="checkbox"/>	.....
4- Autorisation spécifique pour l'importation d'un dispositif médical non commercialisé au Maroc prescrit à un malade déterminé rempli conformément au modèle (Annexe IV de l'arrêté N°2855-15).	<input type="checkbox"/>	.....
<b>FORMAT ELECTRONIQUE</b> (en cas de l'établissement de soins):		
CD-ROM comportant les fichiers numérotés et clairement identifiés (scannés) + Autorisation spécifique dûment remplie « format Word ».	<input type="checkbox"/>	.....

**NB :** L'autorisation spécifique est valable pour une seule importation.

PATIENT OU REPRESENTANT LEGAL DU DEMANDEUR		ENREGISTREMENT DES MEDICAMENTS ET DES PRODUITS DE SANTE	
Date : <i>27/03/2023</i>	Signature et cachet :	<input type="checkbox"/> Dossier recevable <input type="checkbox"/> Dossier irrecevable	Signature : Date : ...../...../.....



27/03/2023

Mr LAROUÏ NOREDDINE

Membrane Amniotique

AMNIOTEK G

Dr. Mohammed BELMEKKI  
Professeur d'Ophtalmologie  
Hôpital Cheikh Zaïd-Rabat  
INPE : 101/07779