

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.

Radiologie 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.



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

Déclaration de Maladie
M23-003429

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06a89 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : THIYFA Kamal
 Date de naissance : 01.01.1958 156164
 Adresse :
 Tél. : 06.81.13.89.89 Total des frais engagés : 1133,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. NADIR Amina**
 Endocrinologue - Diabétologue
 Nutritionniste
 182, Boulevard Anoual Casablanca
 Tél : 05 22 86 44 86 / 05 22 86 44 44
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : THIYFA KAHAL Age: 65
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète Type 2
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : Diabète Type 2
 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 : 3 / 4 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
04/03/2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/03/23	706,-
	28/03/23	83,-

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

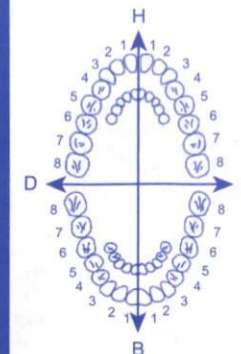
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

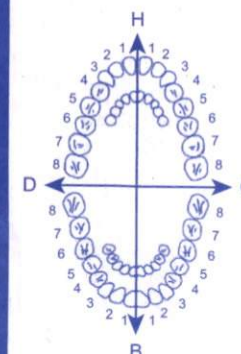
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Docteur NADIR Amina

Spécialiste

Endocrinologue - Diabétologue

Nutritionniste

Diabète - Goitre - Cholestérol - Obésité
Maigreux - Retard de croissance et de puberté



الدكتورة ندير أمينة

طبيبة اختصاصية في

أمراض السكري - أمراض الغدد - التغذية

الاضطرابات الهرمونية

أمراض الغدة الدرقية - السمنة - الكوليستيرول

التحافة - تأخر النمو والبلوغ

ORDONNANCE

Casablanca le, : الدار البيضاء في
28/03/2023

Mr - Mme :

Mr THIYFA KAMAL

GLUCOPHAGE 500 MG

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir après le repas pendant 3 mois

BANDELETTES

3 contrôles par jour pendant 3 mois

Pharmacie My Idriss 1er
Mme. Sbai Eouhra
60, Bis Bd Moulay Idriss 1er
Casablanca, Maroc 22 24 00 00

Dr. NADIR Amina
Endocrinologue - Diabétologue
Nutritionniste
182, Boulevard Anoual, Casablanca
Tél.: 05 22 86 44 86 / 05 22 86 44 44

En cas d'urgence : 06 61 08 89 86

182, Bd Anoual, Tour Anoual, Derb Ghalef, Casablanca

Tél : 05 22 86 44 86 - 05 22 86 44 44

e-mail : nadiramina@yahoo.fr

I.C.E : 001648613000070

182, شارع أنوال, درب غلف, الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 86 44 44 - 05 22 86 44 86

العنوان الإلكتروني : nadiramina@yahoo.fr

Comptoir Centramedic

Numéro

Date

N° télécopie client

FA2300869

30/03/23

Casablanca

Référence

ICE client

ICE

Facture

Référence	Désignation	Numéro du Lot	Date de Péréemption	Qté	PU TTC	Montant TTC	*
WEL-10-15	Bandelette de Glycemie Wellion 50 Unités Patient : Thiyfa Kamal			5,00	150,00	750,00	3

Code	Base	Taux	Taxe	Total HT	Escompte	Port HT	Total TTC	Acompte	NET A PAYER
3	625,00	20%	125,00	625,00	0,00		750,00	0,00	750,00
Total				625,00					
				Conditions de règlement :		le 30/03/23	Chèque		750,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE TTC A LA SOMME EN DIRHAMS DE :

Sept cent cinquante Dirhams

Dans le cas où le paiement intégral n'interviendrait pas à la date prévue par les parties, le vendeur se réserve le droit de reprendre la livraison et de dissoudre le contrat.
 En cas de retard de paiement, des pénalités de l'équivalent de 0,05% du montant globale TTC de la facture seront appliquées, pour chaque jour de retard.
 En cas de paiement anticipé une application d'un escompte de 2 % sera pratiquée.
 Maroc Systèmes Santé décline toute responsabilité aux conditions de stockage y compris le contrôle atmosphérique, chez le client.

Tout Paiement doit être effectué par chèque non endossable libellé au nom de Centrale d'Achat Médicale.
Ou par virement bancaire au nom de Centrale d'Achat Médicale sur le compte bancaire sous désigné.
Tout paiement en espèces n'est pas accepté et demeure de la responsabilité du client.

Page 1

“ Unser Bestreben ist es, Patienten und Partnern das Leben zu erleichtern.

Mit innovativen Ideen, Beratung und Service.

Use only with Wellion GALILEO Blood Glucose Monitoring System. For selftesting. Tightly recap test strip vial immediately after removing any strips. / Nur mit Wellion GALILEO Blutzuckermessgerät verwenden. Für Selbstmessung. Schließen Sie den Dosendeckel sofort nach der Entnahme eines Teststreifens. / Používejte pouze s glukometrem Wellion GALILEO. Pro sebetestování. Po vyjmutí proužku tubičku s testovacími proužky okamžitě pevně uzavřete. / Uporabljajte le z Wellion GALILEO sistemom za merjenje nivoja glukoze v krvi. Za samotestiranje. Tesno zaprite pokrov vsebnika takoj, ko ste vzeli kateregakoli izmed merilnih lističev. / Да се използват само с апарат за измерване на кръвна захар Wellion GALILEO. За самоконтрол. Затваряйте плътно флакона след изваждане на тест лента.



PhZnr. Austria: 4553612
PhZnr. Germany: 12470113



REF WELL10-15

 wellion
GALILEO

TEST STRIPS
TESTSTREIFEN
TESTOVACÍ PROUŽKY
TESTNIH LISTIČEV
ТЕСТ ЛЕНТИ

50 

 MED TRUST Handelsges.m.b.H.
Gewerbepark 10
7221 Marz
AUSTRIA
www.medtrust.at
www.wellion.at



CE 0197

Διανομή για την Ελλάδα: MED TRUST Hellas SA,
Μετρώρων 3, Κορωπί Αττικής, 19400, Ελλάδα

© MED TRUST, Wellion and GALILEO are registered trademarks.



9 120072 860928

W10-14 20220216

“ Unser Bestreben
ist es, Patienten
und Partnern das Leben
zu erleichtern.

Mit innovativen Ideen,
Beratung und Service.

Use only with Wellion GALILEO Blood Glucose
Monitoring System. For selftesting. Tightly
recap test strip vial immediately after removing
any strips. / Nur mit Wellion GALILEO
Blutzuckermessgerät verwenden. Für
Selbstmessung. Schließen Sie den Dosendeck-
el sofort nach der Entnahme eines
Teststreifens. / Používejte pouze s
glukometrem Wellion GALILEO. Pro
sebetestování. Po vyjmutí proužku tubičku s
testovacími proužky okamžitě pevně uzavřete.
/ Uporabljajte le z Wellion GALILEO sistemom
za merjenje nivoja glukoze v krvi. Za samotesti-
ranje. Tesno zaprite pokrov vsebnika takoj, ko
ste vzeli kateregakoli izmed merilnih lističev. /
Да се използват само с апарат за измерване
на кръвна захар Wellion GALILEO. За
самоконтрол. Затваряйте плътно флакона
след изваждане на тест лента.



PhZnr. Austria: 4553612
PhZnr. Germany: 12470113



REF WELL10-15

 wellion
GALILEO

TEST STRIPS
TESTSTREIFEN
TESTOVACÍ PROUŽKY
TESTNIH LISTIČEV
ТЕСТ ЛЕНТИ

50  GLUCOSE

 MED TRUST Handelsges.m.b.H.
Gewerbepark 10
7221 Marz
AUSTRIA
www.medtrust.at
www.wellion.at

© MED TRUST, Wellion and GALILEO are
registered trademarks.

 **CE 0197**

Διανομή για την Ελλάδα: MED TRUST Hellas SA,
Μετρώρων 3, Κορωπί Αττικής, 19400, Ελλάδα



W10-14 20220216

“ Unser Bestreben
ist es, Patienten
und Partnern das Leben
zu erleichtern.

Mit innovativen Ideen,
Beratung und Service.

Use only with Wellion GALILEO Blood Glucose
Monitoring System. For selftesting. Tightly
recap test strip vial immediately after removing
any strips. / Nur mit Wellion GALILEO
Blutzuckermessgerät verwenden. Für
Selbstmessung. Schließen Sie den Dosendeck-
el sofort nach der Entnahme eines
Teststreifens. / Používejte pouze s
glukometrem Wellion GALILEO. Pro
sebetestování. Po vyjmutí proužku tubičku s
testovacími proužky okamžitě pevně uzavřete.
/ Uporabljajte le z Wellion GALILEO sistemom
za merjenje nivoja glukoze v krvi. Za samotesti-
ranje. Tesno zaprite pokrov vsebnika takoj, ko
ste vzeli kateregakoli izmed merilnih lističev. /
Да се използват само с апарат за измерване
на кръвна захар Wellion GALILEO. За
самоконтрол. Затваряйте плътно флакона
след изваждане на тест лента.



PhZnr. Austria: 4553612
PhZnr. Germany: 12470113



REF WELL10-15

 wellion
GALILEO

TEST STRIPS
TESTSTREIFEN
TESTOVACÍ PROUŽKY
TESTNIH LISTIČEV
ТЕСТ ЛЕНТИ

50  GLUCOSE

 MED TRUST Handelsges.m.b.H.
Gewerbepark 10
7221 Marz
AUSTRIA
www.medtrust.at
www.wellion.at

© MED TRUST, Wellion and GALILEO are
registered trademarks.

 **CE 0197**

Διανομή για την Ελλάδα: MED TRUST Hellas SA,
Μετρώρων 3, Κορωπί Αττικής, 19400, Ελλάδα



W10-14 20220216

“ Unser Bestreben
ist es, Patienten
und Partnern das Leben
zu erleichtern.

Mit innovativen Ideen,
Beratung und Service.

Use only with Wellion GALILEO Blood Glucose
Monitoring System. For selftesting. Tightly
recap test strip vial immediately after removing
any strips. / Nur mit Wellion GALILEO
Blutzuckermessgerät verwenden. Für
Selbstmessung. Schließen Sie den Dosendeck-
el sofort nach der Entnahme eines
Teststreifens. / Používejte pouze s
glukometrem Wellion GALILEO. Pro
sebetestování. Po vyjmutí proužku tubičku s
testovacími proužky okamžitě pevně uzavřete.
/ Uporabljajte le z Wellion GALILEO sistemom
za merjenje nivoja glukoze v krvi. Za samotesti-
ranje. Tesno zaprite pokrov vsebnika takoj, ko
ste vzeli kateregakoli izmed merilnih lističev. /
Да се използват само с апарат за измерване
на кръвна захар Wellion GALILEO. За
самоконтрол. Затваряйте плътно флакона
след изваждане на тест лента.



PhZnr. Austria: 4553612
PhZnr. Germany: 12470113



REF WELL10-15

 wellion
GALILEO

TEST STRIPS
TESTSTREIFEN
TESTOVACÍ PROUŽKY
TESTNIH LISTIČEV
ТЕСТ ЛЕНТИ

50  GLUCOSE

 MED TRUST Handelsges.m.b.H.
Gewerbepark 10
7221 Marz
AUSTRIA
www.medtrust.at
www.wellion.at

© MED TRUST, Wellion and GALILEO are
registered trademarks.

 CE0197

Διανομή για την Ελλάδα: MED TRUST Hellas SA,
Μετρώρων 3, Κορωπί Αττικής, 19400, Ελλάδα



W10-14 20220216

“ Unser Bestreben
ist es, Patienten
und Partnern das Leben
zu erleichtern.

Mit innovativen Ideen,
Beratung und Service.

Use only with Wellion GALILEO Blood Glucose
Monitoring System. For selftesting. Tightly
recap test strip vial immediately after removing
any strips. / Nur mit Wellion GALILEO
Blutzuckermessgerät verwenden. Für
Selbstmessung. Schließen Sie den Dosendeck-
el sofort nach der Entnahme eines
Teststreifens. / Používejte pouze s
glukometrem Wellion GALILEO. Pro
sebetestování. Po vyjmutí proužku tubičku s
testovacími proužky okamžitě pevně uzavřete.
/ Uporabljajte le z Wellion GALILEO sistemom
za merjenje nivoja glukoze v krvi. Za samotesti-
ranje. Tesno zaprite pokrov vsebnika takoj, ko
ste vzeli kateregakoli izmed merilnih lističev. /
Да се използват само с апарат за измерване
на кръвна захар Wellion GALILEO. За
самоконтрол. Затваряйте плътно флакона
след изваждане на тест лента.



PhZnr. Austria: 4553612
PhZnr. Germany: 12470113



REF WELL10-15

 wellion
GALILEO

TEST STRIPS
TESTSTREIFEN
TESTOVACÍ PROUŽKY
TESTNIH LISTIČEV
ТЕСТ ЛЕНТИ

50  GLUCOSE

 MED TRUST Handelsges.m.b.H.
Gewerbepark 10
7221 Marz
AUSTRIA
www.medtrust.at
www.wellion.at

© MED TRUST, Wellion and GALILEO are
registered trademarks.

 0197

Διανομή για την Ελλάδα: MED TRUST Hellas SA,
Μετρώρων 3, Κορωπί Αττικής, 19400, Ελλάδα



9 120072 860928

W10-14 20220216