

# 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.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 05683

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RACHIDI Hassan

Date de naissance :

05.07.1960

Adresse :

15 Rue Saida Benou Zainam.  
Résidence Annas à Palmier

Tél. :

0661317261 Total des frais engagés : 2470 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Relève des Actes
16/03/23	✓	200	200	Dr. HAFIDH Médecin Général Permis Casablanca N° 22 23 A 1 A 2 Rue Ibn Hay Hassani Casablanca Tél. 05 22 90 00 00

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL-ABD	16/03/23	1820,00
PHARMACIE AL-ABD	20/04/23	450

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

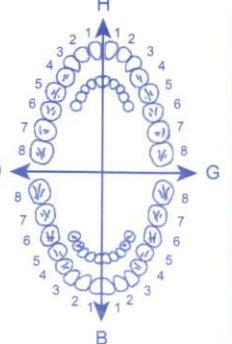
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

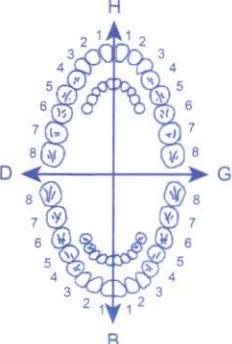
#### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
CCEFFICIENT 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				

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G	00000000	00000000



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

## Comptoir Centramedic

Numéro      Date      N° télecopie client

FA2300959      10/04/23

Casablanca

Référence

**ICE client**

ICE

# Facture

Référence	Désignation	Numéro du Lot	Date de Péremption	Qté	PU TTC	Montant TTC	*
WEL-10-15	Bandelette de Glycémie Wellion 50 Unités Patient : Rachidi Hassan			3,00	150,00	450,00	3

Code	Base	Taux	Taxe	Total HT	Escompte	Port HT	Total TTC	Acompte	NET A PAYER
3	375,00	20%	75,00	375,00	0,00		450,00	0,00	450,00
<b>Total</b>	<b>375,00</b>		<b>75,00</b>						

Conditions de règlement : le 10/04/23

Chèque

450,00

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

Quatre 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

CENTRAMEDIC s.a.r.l. au capital de 4.000.000,00 Dhs

21, Rue Dr Lahcen El ARJOUNE - Casablanca 20360 - Maroc

 Tél. : 0522.86.36.45 0522.86.10.66 Fax : 0522.86.35.26 Site Web : [www.centramedic.ma](http://www.centramedic.ma)

ICE : 000102905000033 - R.C : 94613 - TP : 36340864 - I.F : 01086621 - CNSS : 6007993

Compte Bancaire : CDM : 021 780 0000 190 030 085631 06

HORMAT Noureddine

Médecine Générale

Echographie Générale

Médecin Agrée pour Permis de Conduire

51, Rue Ibnou Nafiss Angle ( ex Jura et Fauchilles )

Maârif - CASABLANCA

Tél : 05 22 25 81 82

الدكتور حرمات نور الدين

الطب العام

الفحص بالصدى

طبيب مقبول لرخصة السياقة

51، زنقة ابن النفيس

المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 25 81 82

Casablanca, le : 16/03/23 الدار البيضاء في :

Rachid Hassan

Préteur

Amour

1437, x4  
Jadou 88/1021 1748, 00

Jaouad 2021 08

Draferus 88  
1800 x 4 = 7200

PHARMACIE AL LOUSTANE  
580, Bd Ibn Sina Hay Hassani  
CASABLANCA  
Tél. : 05 22 90 13 97

PHARMACIE AL LOUSTANE  
580, Bd Ibn Sina Hay Hassani  
CASABLANCA  
Tél. : 05 22 90 33 77

15013

CentraMedic  
Centrale d'Anatomie Pathologique  
Société Commercial Professionnelle  
21, Bd Dr. Lahcen El Aïoune - 20360 Casablanca  
Tél. : 05 22 44 44 44 - Fax : 05 22 44 44 77

15013  
Sandelot 1820,00

DI. HORMAT Noureddine  
Médecine Générale  
Médecin Agrée Permis Conduire  
51, Rue Ibnou Nafiss Angle - 20360 Casablanca  
Tél. : 05 22 25 81 82

Respecter les doses prescrites  
احترموا дозات الموصولة

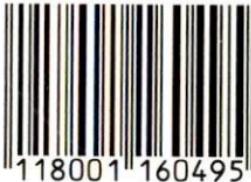
Uniquement sur ordonnance – Liste 1  
تصرف فقط بوصفة طبية – فاندنة 1  
Liste I – Uniquement sur ordonnance

**Titulaire de l'AMM au Maroc**

Merck Sharp & Dohme  
166, 168 Bd Zerkoumi  
Casablanca - Maroc

DISTRIBUÉ PAR MAROC.  
AMM N°: 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



# Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

Comprimés pelliculés; مقلفة أقراص

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليپتين / ميتفورمين هايدروكلورايد

Merck Sharp & Dohme B.V.  
Waarderweg 39  
2031 BN Haarlem  
Pays-Bas

Respecter les doses prescrites  
احترموا дозات الموصولة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1  
تصرف فقط بوصفة طبية – فاندنة 1  
Liste I – Uniquement sur ordonnance

**Titulaire de l'AMM au Maroc**

Merck Sharp & Dohme  
166, 168 Bd Zerkoumi  
Casablanca - Maroc

DISTRIBUÉ PAR MAROC.  
AMM N°: 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



# Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

Comprimés pelliculés; مغلفة

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليپتين / ميتفورمين هايدروكلورايد

Merck Sharp & Dohme B.V.  
Waarderweg 39  
2031 BN Haarlem  
Pays-Bas

Respecter les doses prescrites  
احترموا дозات الموصولة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1  
تصرف فقط بوصفة طبية – قائمة 1  
Liste I – Uniquement sur ordonnance

**Titulaire de l'AMM au Maroc**

Merck Sharp & Dohme  
166, 168 Bd Zerkoumi  
Casablanca - Maroc

DISTRIBUÉ PAR MAROC.  
AMM N°: 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



# Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

Comprimés pelliculés; مغلفة

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليپتين / ميتفورمين هايدروكلورايد

Merck Sharp & Dohme B.V.  
Waarderweg 39  
2031 BN Haarlem  
Pays-Bas

Respecter les doses prescrites  
احترموا дозات الموصولة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1  
تصرف فقط بوصفة طبية – فاندنة 1  
Liste I – Uniquement sur ordonnance

**Titulaire de l'AMM au Maroc**

Merck Sharp & Dohme  
166, 168 Bd Zerkouni  
Casablanca - Maroc

DISTRIBUÉ PAR MAROC.  
AMM N°: 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



# Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

Comprimés pelliculés; مقلفة أقراص

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليپتين / ميتفورمين هايدروكلورايد

Merck Sharp & Dohme B.V.  
Waarderweg 39  
2031 BN Haarlem  
Pays-Bas



PPV : 18DH00  
PER : 12/25  
LOT : L4026

# Diaformine®

Metformine

30 comprimés pelliculés  
Voie orale

b

bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Aïn Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



Diaformine®  
Metformine

850 mg





PPV : 18DH00  
PER : 12/25  
LOT : L4026

# Diaformine®

Metformine

30 comprimés pelliculés  
Voie orale

b

bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Aïn Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



Diaformine®  
Metformine

850 mg





PPV : 18DH00  
PER : 12/25  
LOT : L4026

# Diaformine®

Metformine

30 comprimés pelliculés  
Voie orale

b

bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Aïn Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



Diaformine®  
Metformine

850 mg





PPV : 18DH00  
PER : 12/25  
LOT : L4026

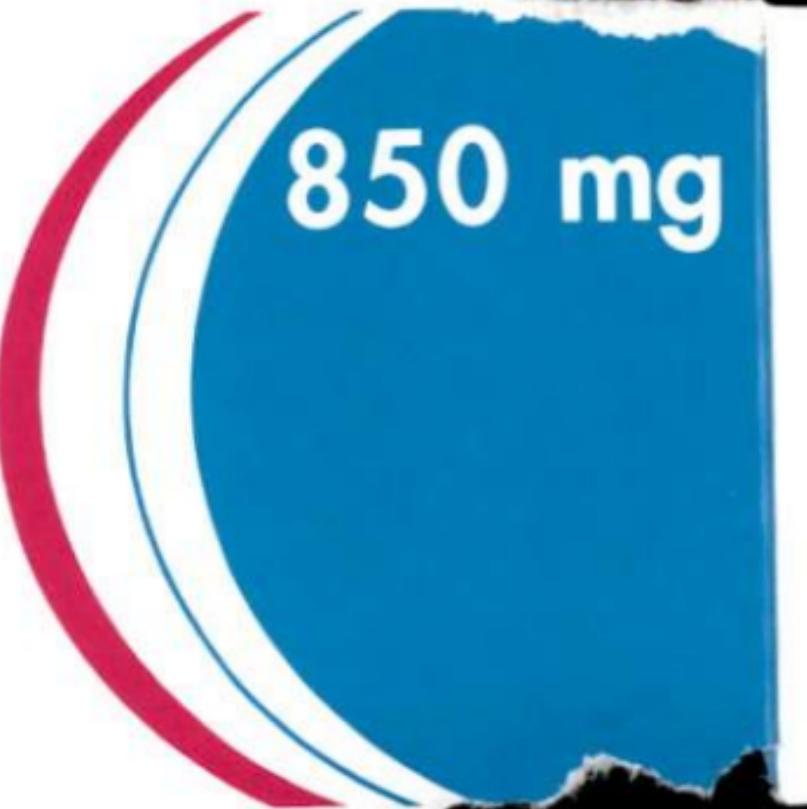
# Diaformine®

Metformine

30 comprimés pelliculés  
Voie orale

b

bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Aïn Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



Diaformine®  
Metformine

850 mg



# wellion **GALILEO**

TEST STRIPS

TESTSTREIFEN

TESTOVACÍ PROUŽKY

TESTNIH LISTIČEV

ТЕСТ ЛЕНТИ

50  
Glu



MED TRUST Handelsges.m.b.H.

Gewerbepark 10

7221 Marz

AUSTRIA

[www.medtrust.at](http://www.medtrust.at)

[www.wellion.at](http://www.wellion.at)



CE 0197

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

© MED TRUST, Wellion and GALILEO are  
registered trademarks.



W10-14 20220216

# wellion **GALILEO**

TEST STRIPS

TESTSTREIFEN

TESTOVACÍ PROUŽKY

TESTNIH LISTIČEV

ТЕСТ ЛЕНТИ

50  
Glu



MED TRUST Handelsges.m.b.H.

Gewerbepark 10

7221 Marz

AUSTRIA

[www.medtrust.at](http://www.medtrust.at)

[www.wellion.at](http://www.wellion.at)



CE 0197

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

© MED TRUST, Wellion and GALILEO are  
registered trademarks.



W10-14 20220216

# wellion **GALILEO**

TEST STRIPS

TESTSTREIFEN

TESTOVACÍ PROUŽKY

TESTNIH LISTIČEV

ТЕСТ ЛЕНТИ

50  
Glu



MED TRUST Handelsges.m.b.H.

Gewerbepark 10

7221 Marz

AUSTRIA

[www.medtrust.at](http://www.medtrust.at)

[www.wellion.at](http://www.wellion.at)



CE 0197

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

© MED TRUST, Wellion and GALILEO are  
registered trademarks.



W10-14 20220216