

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.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0047509 157378

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05683 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RACHIDI Hassan
 Date de naissance : 05.07.1960
 Adresse : 15 rue Saria bna Zounaim
 Résidence Amas & Palmier
 Tél. : 0661317261 Total des frais engagés : 2470 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/3/23
 Nom et prénom du malade : Rachidi Hassan
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Maladie
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : / Le : /

Signature de l'adhérent(e) : /

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 Règlement des Actes
16/3/23	✓			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
16/3/23		1800,00
10/04/23		400,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

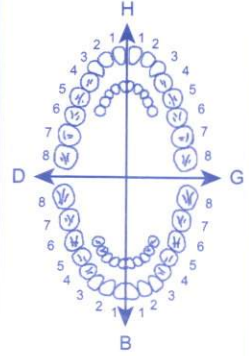
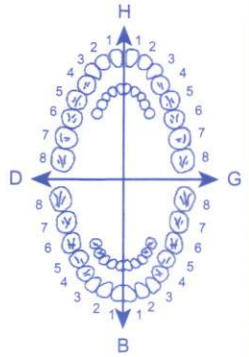
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Comptoir Centramedic

Numéro Date N° télécopie client

FA2300959 10/04/23

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 : 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
Total				375,00					

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 especes 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
 ICE : 000102905000033 - R.C : 94613 - TP : 36340864 - I.F : 01086621 - CNSS : 6007993
 Compte Bancaire : CDM : 021 780 0000 190 030 085631 06

الدكتور حرمان نور الدين

الطب العام

الفحص بالصدى

طبيب مقبول لرخصة السياقة

51، زنقة ابن النفيس

المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 25 81 82

DR. HORMAT Nouredine

Médecine Générale

Echographie Générale

Médecin Agrée pour Permis de Conduire

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

Maârif - CASABLANCA

Tél : 05 22 25 81 82

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

Rachid Hassan

Toutent

4 mois



Jaouad

16/10/21

437 x 4

1748,00

Jawad



20/03

Drafer

1800 x 4 = 7200

PHARMACIE AL LOUSTANE

580, Bd Ibn Sina Hay Hassani

CASABLANCA

Tél : 05 22 90 33 97

15013

940

centrumedic
Centrale d'Archivage Médical
Commercial Professionnel
21, Bd Dr. Lahcen El Anjouni - 20360 Casablanca
Tél : 05 22 40 00 00 - Fax : 05 22 40 00 00

DR. HORMAT Nouredine
Médecine Générale
Médecin Agrée Permis Conduire
51, Rue Ibnou Nafiss - Casablanca
Tél : 05 22 25 81 82

Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1
يصرّف فقط بوصف طبية - قائمة 1
Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

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

Distributeur au MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

أقراص مغلفة; Comprimés pelliculés;

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليبتين / ميتفورمين هايدروكلوريد



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

Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1
يصرّف فقط بوصف دواء - قائمة 1
Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

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

Distributeur au MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

أقراص مغلفة; Comprimés pelliculés;

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليبتين / ميتفورمين هايدروكلورايد



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

Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1
يصرّف فقط بوصف دواء - قائمة 1
Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

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

Distributeur au MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

أقراص مغلفة; Comprimés pelliculés;

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليبتين / ميتفورمين هايدروكلورايد



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

Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1
يصرّف فقط بوصف طبية - قائمة 1
Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

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

Distributeur au Maroc.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

أقراص مغلفة; Comprimés pelliculés;

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليبتين / 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



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

850 mg

Diaformine®
Metformine

850 mg





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

Diaformine[®]
Metformine

30 comprimés pelliculés
Voie orale



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



bottu s.a.

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

850 mg

Diaformine®
Metformine

850 mg





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

Diaformine®
Metformine

30 comprimés pelliculés
Voie orale



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 GLB



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,
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 GLB



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,
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 GLB



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,
Μετεώρων 3, Κορωπί Αττικής, 19400, Ελλάδα

© MED TRUST, Wellion and GALILEO are
registered trademarks.



W10-14 20220216