

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

M22- 0027559

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06089 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : THIYFA Kamel
Date de naissance : 01.01.1958 17/06/19
Adresse :
Tél : 06.81.13.89.89 Total des frais engagés : 1133,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : THIYFA KAMAL Age : 1908
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète Type 2
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 : CABA Le : 24 AOUT 2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
24/07/2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

24/07/23 83.20 DH

PHARMACIE AL-HIKMA CASABLANCA SARL

Mme K. LEMCANI Souad

Docteur en Pharmacie

2, Rue Abou Al Aala Zahar, Quartier des Hôpitaux, CASA - Tél: 0522 86 55 51

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

Signature du Commercial	24/07/23	Bandelits a 5				710,-

21 Bd Dr. Lahcen El Arjane-20360 Casablanca
Tél: 05 22 85 35 28 / 05 22 85 35 30 - Fax: 05 22 85 35 29

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 canalaires, 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																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		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

Docteur NADIR Amina

Spécialiste

Endocrinologue - Diabétologue

Nutritionniste

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



الدكتورة ندير أمينة

طبيبة أخصائية في

أمراض السكري - أمراض الغدد - التغذية

الاضطرابات الهرمونية

أمراض الغدة الدرقية - السمنة - الكوليستيرول

النحافة - تأخر النمو والبلوغ

ORDONNANCE

Casablanca le, 24/07/2023 : الدار البيضاء في

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 AL-HIKMA
CASABLANCA SARL-AU
Mme R. ZEMCANI-Souad
Docteur en Pharmacie
3, Rue Abou Al Aplo Zohor, Quartier
des Hôpitaux, CASA - Tél: 0522 86 55 51

Dr. Nadir Amina
Endocrinologue - Diabétologue
Nutritionniste
102 Boulevard Anoual Casablanca
Tél: 05 22 86 44 44 / 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

Casablanca

Numéro

Date

N° télécopie client

FA2301997

24/08/23

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			5,00	150,00	750,00	3
	Patient : Thiyfa Kamal						



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				125,00	
				Conditions de règlement :		le 24/08/23		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 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

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
www.wellion.at

 0197

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



9 120072 860928

W10-14 20220216

Koristite isključivo s Wellion GALILEO sustavom za praćenje razine glukoze u krvi. Za samotestiranje. Dobro zatvorite poklopac bočice odmah nakon što izvadite test traku. Test trake su za jednokratnu upotrebu. / Utilizar apenas no Wellion GALILEO Blood Glucose Monitoring System. Para auto-teste. Fechar bem a embalagem após retirar as tiras teste. / Χρήση μόνο με το Σύστημα Παρακολούθησης Γλυκόζης Αίματος Wellion GALILEO. Για ατομική μέτρηση. Αφού έχετε αφαιρέσει μία ταινία μέτρησης, κλείστε αμέσως πολύ καλά το καπάκι του φιαλιδίου. / Använd endast med Wellion GALILEO blodsockermätare. För självtestning. Återslut teststicksbehållaren omedelbart efter en sticka tagits ut. / Utilizzare solo con il misuratore di glicemia Wellion GALILEO. Per autocontrollo. Dopo avere prelevato una striscia, richiudere immediatamente il flacone. / À n'utiliser qu'avec le système de contrôle de glycémie Wellion GALILEO. Bien refermer le flacon immédiatement après avoir retiré la bandelette. Autocontrôle.

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
www.wellion.at

 0197

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



9 120072 860928

W10-14 20220216

Koristite isključivo s Wellion GALILEO sustavom za praćenje razine glukoze u krvi. Za samotestiranje. Dobro zatvorite poklopac bočice odmah nakon što izvadite test traku. Test trake su za jednokratnu upotrebu. / Utilizar apenas no Wellion GALILEO Blood Glucose Monitoring System. Para auto-teste. Fechar bem a embalagem após retirar as tiras teste. / Χρήση μόνο με το Σύστημα Παρακολούθησης Γλυκόζης Αίματος Wellion GALILEO. Για ατομική μέτρηση. Αφού έχετε αφαιρέσει μία ταινία μέτρησης, κλείστε αμέσως πολύ καλά το καπάκι του φιαλιδίου. / Använd endast med Wellion GALILEO blodsockermätare. För självtestning. Återslut teststicksbehållaren omedelbart efter en sticka tagits ut. / Utilizzare solo con il misuratore di glicemia Wellion GALILEO. Per autocontrollo. Dopo avere prelevato una striscia, richiudere immediatamente il flacone. / À n'utiliser qu'avec le système de contrôle de glycémie Wellion GALILEO. Bien refermer le flacon immédiatement après avoir retiré la bandelette. Autocontrôle.

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
www.wellion.at

 0197

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



9 120072 860928

W10-14 20220216

Koristite isključivo s Wellion GALILEO sustavom za praćenje razine glukoze u krvi. Za samotestiranje. Dobro zatvorite poklopac bočice odmah nakon što izvadite test traku. Test trake su za jednokratnu upotrebu. / Utilizar apenas no Wellion GALILEO Blood Glucose Monitoring System. Para auto-teste. Fechar bem a embalagem após retirar as tiras teste. / Χρήση μόνο με το Σύστημα Παρακολούθησης Γλυκόζης Αίματος Wellion GALILEO. Για ατομική μέτρηση. Αφού έχετε αφαιρέσει μία ταινία μέτρησης, κλείστε αμέσως πολύ καλά το καπάκι του φιαλιδίου. / Använd endast med Wellion GALILEO blodsockermätare. För självtestning. Återslut teststicksbehållaren omedelbart efter en sticka tagits ut. / Utilizzare solo con il misuratore di glicemia Wellion GALILEO. Per autocontrollo. Dopo avere prelevato una striscia, richiudere immediatamente il flacone. / À n'utiliser qu'avec le système de contrôle de glycémie Wellion GALILEO. Bien refermer le flacon immédiatement après avoir retiré la bandelette. Autocontrôle.

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
www.wellion.at

 0197

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



9 120072 860928

W10-14 20220216

Koristite isključivo s Wellion GALILEO sustavom za praćenje razine glukoze u krvi. Za samotestiranje. Dobro zatvorite poklopac bočice odmah nakon što izvadite test traku. Test trake su za jednokratnu upotrebu. / Utilizar apenas no Wellion GALILEO Blood Glucose Monitoring System. Para auto-teste. Fechar bem a embalagem após retirar as tiras teste. / Χρήση μόνο με το Σύστημα Παρακολούθησης Γλυκόζης Αίματος Wellion GALILEO. Για ατομική μέτρηση. Αφού έχετε αφαιρέσει μία ταινία μέτρησης, κλείστε αμέσως πολύ καλά το καπάκι του φιαλιδίου. / Använd endast med Wellion GALILEO blodsockermätare. För självtestning. Återslut teststicksbehållaren omedelbart efter en sticka tagits ut. / Utilizzare solo con il misuratore di glicemia Wellion GALILEO. Per autocontrollo. Dopo avere prelevato una striscia, richiudere immediatamente il flacone. / À n'utiliser qu'avec le système de contrôle de glycémie Wellion GALILEO. Bien refermer le flacon immédiatement après avoir retiré la bandelette. Autocontrôle.

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
www.wellion.at

 0197

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



9 120072 860928

W10-14 20220216

Koristite isključivo s Wellion GALILEO sustavom za praćenje razine glukoze u krvi. Za samotestiranje. Dobro zatvorite poklopac bočice odmah nakon što izvadite test traku. Test trake su za jednokratnu upotrebu. / Utilizar apenas no Wellion GALILEO Blood Glucose Monitoring System. Para auto-teste. Fechar bem a embalagem após retirar as tiras teste. / Χρήση μόνο με το Σύστημα Παρακολούθησης Γλυκόζης Αίματος Wellion GALILEO. Για ατομική μέτρηση. Αφού έχετε αφαιρέσει μία ταινία μέτρησης, κλείστε αμέσως πολύ καλά το καπάκι του φιαλιδίου. / Använd endast med Wellion GALILEO blodsockermätare. För självtestning. Återslut teststicksbehållaren omedelbart efter en sticka tagits ut. / Utilizzare solo con il misuratore di glicemia Wellion GALILEO. Per autocontrollo. Dopo avere prelevato una striscia, richiudere immediatamente il flacone. / À n'utiliser qu'avec le système de contrôle de glycémie Wellion GALILEO. Bien refermer le flacon immédiatement après avoir retiré la bandelette. Autocontrôle.