

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 canaux, 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 canaux.

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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0015914

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6089

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : THIYFA Kamal

Date de naissance : 01/01/1958

Adresse : 97, Bd Moulay Idriss 18 Casablanca

Tél. : 068138989

Total des frais engagés : 701,40

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : THIYFA KAMAL

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 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 : CASA

Le : 24 FEB 2021

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 Paiement des Actes
24 FEV 2021			200	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie M. Idriss 60, Bd Mohammed VI Casablanca Tel: 0522 23 04 45	24-02-21	31.40

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	
			3			480,-

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[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 - Goitre - 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, 24-02-2021 : الدار البيضاء في

Mr - Mme :

Thirfa Kamel

LOT : 20E017
PER: 09 2023
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
118000 062127

LOT : 20E017
PER: 09 2023
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
118000 062127

LOT : 20E017
PER: 09 2023
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
118000 062127

Metformine 500mg S.V.
10.40 x 3
sf
après les repas
31-20
Bandelettes réactives (2 et 3 Controles)
(3 boîtes de 10)
10a3 = 4.10-
Dr NADIR Amina
Endocrinologue Diabétologue
Nutritionniste
182 Bd Anoual, Tour Anoual, Derb Ghalef, Casablanca
Tél : 05 22 86 44 86 - 05 22 86 44 44
e-mail : nadiramina@yahoo.fr

En cas d'urgence : 06 61 08 89 86

COMPTOIR CAM

Numéro Date N° télécopie client

FA2100554 01/03/21

CASABLANCA

Référence ICE client

Facture

Référence	Désignation	Numéro du Lot	Date de Péréemption	Qté	PU TTC	Montant TTC	*
WEL-10-15	WELLION GALILEO GLUCOSE STRIPS (FLACON DE 50) PATENT : THIYFA KAMAL			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
				Conditions de règlement :		le 01/03/21		Chèque	450,00
Total	375,00		75,00						

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



LOT

wellion®
GALILEO 50
GLU

wellion®
GALILEO

TEST TRAKE
TIRAS TESTE
ΤΑΙΝΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ
TESTSTICKOR
STRISCE REATTIVE
BANDELETTES

50 GLU



03 P/MS082 1523

0720



LOT

wellion®
GALILEO 50
GLU

wellion®
GALILEO

TEST TRAKE
TIRAS TESTE
ΤΑΙΝΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ
TESTSTICKOR
STRISCE REATTIVE
BANDELETTES

50 GLU



03 P/MS082 1523

0720



LOT

wellion®
GALILEO 50
GLU

wellion®
GALILEO

TEST TRAKE
TIRAS TESTE
ΤΑΙΝΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ
TESTSTICKOR
STRISCE REATTIVE
BANDELETTES

50
GLU



03 P/MS082 1523

0720