

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 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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0061815

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06089 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : THIFA Khamal 122724
Date de naissance : 01.01.1958
Adresse :
Tél : 06.81.13.89.89 Total des frais engagés : 1 046,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : THIFA Khamal Age :
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 : Casablanca
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
10/06/22				

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/06/22	14,635

Pharmacie My Fariss 1er
Mme Sbaï
60, Bd Mohammed VI
Casablanca - Tel: 05 22 28 04 65

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

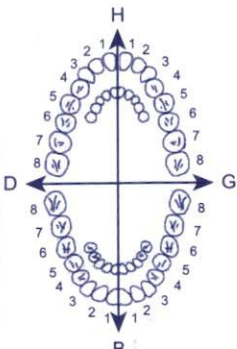
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	20/06/22					

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 de l'ODF.

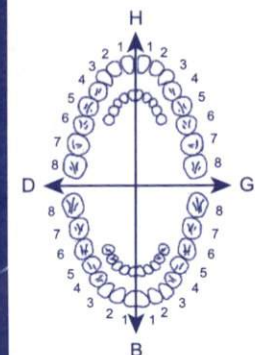
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		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



الدكتورة ندير أمينة

طبيبة أخصائية في

أمراض السكري - أمراض الغدد - التغذية

الاضطرابات الهرمونية

أمراض الغدة الدرقية - السمرة - الكوليستيرول

النحافة - تأخر النمو والبلوغ

ORDONNANCE

Casablanca le, 10/06/22 : الدار البيضاء في

Mr - Mme:

Thirya Hamel

LOT 220457
EXP 03/2027
PPV 20.80DH

LOT 220457
EXP 03/2027
PPV 20.80DH

LOT 220457
EXP 03/2027
PPV 20.80DH

PPV

LOT

PER

28,80

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

PPV

LOT

PER

55,10

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 86 - 05 22 86 44 86

البريد الإلكتروني : nadiramina@yahoo.fr

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 و البلوغ

ORDONNANCE

Casablanca le, 30/06/22 : الدار البيضاء في

Mr - ~~Mme~~ :

Thiye Kamel

Bandelettes réactives

10 x 4

(3 Controles 1 jour)

1600

Centramedic
Centrale d'Act. Médicale
Sce Commercial Professionnel
21 Bd Dr. Lahcen El Aroune - 20360 Casablanca
Tél : 05 22 86 44 86 - Fax : 05 22 86 44 26

Kodmois

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 86 - 05 22 86 44 44

العنوان الإلكتروني : nadiramina@yahoo.fr

© MED TRUST, Wellion and GALILEO are registered trademarks.

wellion GALILEO

TEST STRIPS

TESTSTREIFEN

TESTOVACI PROUŽKY

TESTNIH LISTICEV

ТЕСТ ЛЕНТИ

50

GLU

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 embalagem após retirar as tiras teste. / Χρήση μόνο με το Σύστημα Παρακολούθησης Γλυκόζης Αίματος Wellion GALILEO. Για ατομική μέτρηση, κλείστε αμέσως πολύ καλά το καπάκι του φιαλιδίου. / Använd endast med Wellion GALILEO blodsockermätare. För självtestning. Återsluta 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. Auto-test.

wellion GALILEO

TEST TRAKE
TIRAS TESTE
ΤΑΙΝΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ
TESTSTICKOR
STRISCHE REATIVE
BANDELETTES

50

GLU

recap test strip vial immediately after use. / Nur mit Wellion GALILEO any strips. / Nur mit Wellion GALILEO verwenden. Für Blutzuckermessung. Schließen Sie den 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 лентата.

Storage Temperature
4°C 30°C
39°F 86°F

PhZnr. Austria: 4553612
PhZnr. Germany: 12470113

REF WELL10-15

IVD

2

REF

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 A.E.
Λ. Λαυρίου 99B, 190 02 Πλαϊνιά,
Αττική, Ελλάδα



9 120072 860928

W10-14 Rev D
01/2019

wellion GALILEO

TEST STRIPS

TESTSTREIFEN

TESTOVACI PROUŽKY

TESTNIH LISTICEV

ТЕСТ ЛЕНТИ

50

GLU

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 embalagem após retirar as tiras teste. / Χρήση μόνο με το Σύστημα Παρακολούθησης Γλυκόζης Αίματος Wellion GALILEO. Για ατομική μέτρηση, κλείστε αμέσως πολύ καλά το καπάκι του φιαλιδίου. / Använd endast med Wellion GALILEO blodsockermätare. För självtestning. Återsluta 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. Auto-test.

wellion GALILEO

TEST TRAKE
TIRAS TESTE
ΤΑΙΝΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ
TESTSTICKOR
STRISCHE REATIVE
BANDELETTES

50

GLU

recap test strip vial immediately after use. / Nur mit Wellion GALILEO any strips. / Nur mit Wellion GALILEO verwenden. Für Blutzuckermessung. Schließen Sie den 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 лентата.

Storage Temperature
4°C 30°C
39°F 86°F

PhZnr. Austria: 4553612
PhZnr. Germany: 12470113

REF WELL10-15

IVD

2

REF

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 A.E.
Λ. Λαυρίου 99B, 190 02 Πλαϊνιά,
Αττική, Ελλάδα



9 120072 860928

W10-14 Rev D
01/2019

wellion GALILEO

TEST STRIPS
TESTSTREIFEN
TESTOVACI PROUŽKY
TESTNIH LISTICEV
ТЕСТ ЛЕНТИ

50

GLU

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, κλείστε αμέσως πολύ καλά το καπάκι του φιαλιδίου. / Använd endast med Wellion GALILEO blodsockermätare. För självtestning. Återsluta 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. Auto-test.

wellion GALILEO

TEST TRAKE
TIRAS TESTE
ΤΑΙΝΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ
TESTSTICKOR
STRISCHE REATIVE
BANDELETTES

50

GLU

recap test strip vial immediately after use. / Nur mit Wellion GALILEO any strips. / Nur mit Wellion GALILEO verwenden. Für Blutzuckermessung. Schließen Sie den 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 лентата.

Storage
Temperature
4°C 30°C
39°F 86°F

PhZnr. Austria: 4553612
PhZnr. Germany: 12470113

REF WELL10-15



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 A.E.
Λ. Λαυρίου 99B, 190 02 Πλαϊνιά,
Αττική, Ελλάδα



9 120072 860928

W10-14 Rev D
01/2019

COMPTOIR CAM

Numéro Date N° télécopie client

FA2201447 20/06/22

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) patient : kamal thiyfa			4,00	150,00	600,00	3

Centramedic
 Centrale d'Achat Médicale
 SCS Comptoir d'Achat Professionnel
 21, Rue Dr Lahcen EL ARJOUNE - 20360 Casablanca
 Tél : 0522.86.36.45 - Fax : 0522.86.35.26

Code	Base	Taux	Taxe	Total HT	Escompte	Port HT	Total TTC	Acompte	NET A PAYER
3	500,00	20%	100,00	500,00	0,00		600,00	0,00	600,00
Total				500,00				100,00	
				Conditions de règlement :		le 20/06/22	Chèque		600,00

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

Six cents 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