

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 06089

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

THIYER Kounal 122724

Date de naissance :

01.01.1958

Adresse :

Tél. : 06.81.13.89.89

Total des frais engagés : 1.046,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade :

TAIFIA Kounal 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)

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

## **RELEVE 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
10/09/2012	S		500,-	Dr. NADIR ATIFI Endocrinologue - Diabétologue Nutritionniste Boulevard Anoual Casablanca 06 44 86 05 22 86 44 44

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/01/22	<p>Ja Pharmacie My Idriss 1er Mme Idriss 1er 6044 Boul. Abdellatif 1er Casablanca Tel: 0522 28 04 65</p>

## **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	
	20/06/2012					600

## **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 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			
	H D	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	G B			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 نديرة أمينة

طبيبة أخصائية في

أمراض السكري - أمراض الغدد - المعدية

الاضطرابات الهرمونية

أمراض الغدة الدرقية - السمنة - الكوليستيرول  
النحافة - تأخر النمو والبلوغ

## ORDONNANCE

Casablanca le,

10/06/22

الدار البيضاء في :

Mr - Mme :

Thiyya Hamal

20,80 x 3

5/2

- ~~Decaphage 100~~  
1f  
après le repas.

2x1gut Nolin el

LOT 220457  
EXP 03/2027  
PPV 20.80DH

LOT 220457  
EXP 03/2027  
PPV 20.80DH

LOT 220457  
EXP 03/2027  
PPV 20.80DH

28,80  
- ~~Vitameuryl Fort~~

5/2

Nolin et Sav

PPV  
LOT  
PER

28,80

1f  
après le repas  
Alflox 55,10

5/2

Dr. NADIR Amina  
Endocrinologue - Diabétolog  
Nutritionniste  
182, Boulevard Anoual Casablanca - Tel: 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 86

e-mail : nadiraimina@yahoo.fr

I.C.E : 001648613000070

182، شارع أنوال، درب غلف، الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 86 44 86 - 05 22 86 44 86

nadiraimina@yahoo.fr

العنوان الإلكتروني:

**Docteur NADIR Amina**

**Spécialiste**

Endocrinologue - Diabétologue  
Nutritionniste



Diabète - Goitre - Cholestérol - Obésité  
Maireur - Retard de croissance et de puberté

**الدكتورة نديرة أمينة**

**طبيبة أخصائية في**

أمراض السكري - أمراض الغدد - التغذية  
الاضطرابات الهرمونية

أمراض الغدة الدرقية - السمنة - الكوليستيرول  
النحافة - تأخر النمو و البلوغ

**ORDONNANCE**

Casablanca le, 10/06/11 ..... الدار البيضاء في :

Mr - Mme :

Thiyyfa Kamal

Bandelettes réactives 10 x 4  
(3 Controles 1 jour) 600-

~~Centrales Médicales~~  
~~Sce Commercial Professionnel~~  
~~21 Bd Dr Lahcen El Hajjouji - 20560 Casablanca~~  
~~Tel.: 0522 94 72 20 - Fax: 0522 94 15 76~~

Xo Dm

**Dr. NADIR Amina**  
Endocrinologue - Diabétologue  
Nutritionniste  
182, Boulevard Anoual Casablanca  
Tel.: 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

# w wellion GALILEO

TEST STRIPS

TESTSTREIFEN

TESTOVACÍ PROUŽKY

TESTNIH LISTICÉV

ТЕСТ ЛЕНТИ

50  
GLU

Koristite isključivo s Wellion GALILEO sustavom za praćenje razine glikozе u krvi. Za samotestiranje. Dobro zatvorite poklopac bočice odmah nakon što izvadite test traku. Test traka su za jednokratnu upotrebu. / Utilizar apenas no Wellion GALILEO Blood Glucose Monitoring System. Para auto-teste. Fehar bem a embalagem após retirar as tiras teste. / Χρήστε μόνο με το Σύστημα Παρακολούθησης Γλυκόζης Αίματος Wellion GALILEO. Για αποικική μέτρηση. Αφού έχετε αφαιρέσει μία τανία μέτρησης, κλείστε αμεσως πάνω καλά το καπάκι του φιαλίδιου. / 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. / A n'utiliser qu'avec le système de contrôle de glycémie Wellion GALILEO. Bien refermer le flacon immédiatement après avoir retiré la bandelette. Auto-test.

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



W10-14 Rev D

01/2019

9 120072 860928



recap test strip vial immediately after any strips. / Nur mit Wellion GALILEO Blutzuckermessgerät verwenden. Für Selbstmessung. Schließen Sie den Dosendeckel sofort nach der Entnahme eines Teststreifens. / Používejte pouze s glukometrem Wellion GALILEO. Pro sebetestování. Po využití používajte tubiku s testovacími proužky okamžitě pevně uzavřete. / Uporabljajte le z Wellion GALILEO sistemom za merjenje nivoja glikoze v krvi. Za samotestiranje. Tesno zaprite pokrov vsebnika takoj, ko ste vzel katerjakoli izmed merilnih lističev. / Да се използват само с апарат за измерване на кръвна захар Wellion GALILEO. За самоконтрол. Затваряйте пълно флаcona след изваждане на тест лента.



Storage  
Temperature  
4°C  
39°F

30°C

86°F

IVD

i

2

W

REF WELL10-15

# w wellion GALILEO

TEST STRIPS

TESTSTREIFEN

TESTOVACÍ PROUŽKY

TESTNIH LISTICÉV

ТЕСТ ЛЕНТИ

50  
GLU

Koristite isključivo s Wellion GALILEO sustavom za praćenje razine glikozе u krvi. Za samotestiranje. Dobro zatvorite poklopac bočice odmah nakon što izvadite test traku. Test traka su za jednokratnu upotrebu. / Utilizar apenas no Wellion GALILEO Blood Glucose Monitoring System. Para auto-teste. Fehar bem a embalagem após retirar as tiras teste. / Χρήστε μόνο με το Σύστημα Παρακολούθησης Γλυκόζης Αίματος Wellion GALILEO. Για αποικική μέτρηση. Αφού έχετε αφαιρέσει μία τανία μέτρησης, κλείστε αμεσως πάνω καλά το καπάκι του φιαλίδιου. / 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. / A n'utiliser qu'avec le système de contrôle de glycémie Wellion GALILEO. Bien refermer le flacon immédiatement après avoir retiré la bandelette. Auto-test.

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



W10-14 Rev D

01/2019

9 120072 860928



recap test strip vial immediately after any strips. / Nur mit Wellion GALILEO Blutzuckermessgerät verwenden. Für Selbstmessung. Schließen Sie den Dosendeckel sofort nach der Entnahme eines Teststreifens. / Používejte pouze s glukometrem Wellion GALILEO. Pro sebetestování. Po využití používajte tubiku s testovacími proužky okamžitě pevně uzavřete. / Uporabljajte le z Wellion GALILEO sistemom za merjenje nivoja glikoze v krvi. Za samotestiranje. Tesno zaprite pokrov vsebnika takoj, ko ste vzel katerjakoli izmed merilnih lističev. / Да се използват само с апарат за измерване на кръвна захар Wellion GALILEO. За самоконтрол. Затваряйте пълно флаcona след изваждане на тест лента.



Storage  
Temperature  
4°C  
39°F

30°C

86°F

IVD

i

2

W

REF WELL10-15

# w wellion GALILEO

TEST STRIPS

TESTSTREIFEN

TESTOVACÍ PROUŽKY

TESTNIH LISTICÉV

ТЕСТ ЛЕНТИ

50  
GLU

Koristite isključivo s Wellion GALILEO sustavom za praćenje razine glikozе u krvi. Za samotestiranje. Dobro zatvorite poklopac bočice odmah nakon što izvadite test traku. Test traka su za jednokratnu upotrebu. / Utilizar apenas no Wellion GALILEO Blood Glucose Monitoring System. Para auto-teste. Fehar bem a embalagem após retirar as tiras teste. / Χρήστε μόνο με το Σύστημα Παρακολούθησης Γλυκόζης Αίματος Wellion GALILEO. Για αποικική μέτρηση. Αφού έχετε αφαιρέσει μία τανία μέτρησης, κλείστε αμεσως πάνω καλά το καπάκι του φιαλίδιου. / 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. / A n'utiliser qu'avec le système de contrôle de glycémie Wellion GALILEO. Bien refermer le flacon immédiatement après avoir retiré la bandelette. Auto-test.

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



W10-14 Rev D

01/2019

9 120072 860928



recap test strip vial immediately after any strips. / Nur mit Wellion GALILEO Blutzuckermessgerät verwenden. Für Selbstmessung. Schließen Sie den Dosendeckel sofort nach der Entnahme eines Teststreifens. / Používejte pouze s glukometrem Wellion GALILEO. Pro sebetestování. Po využití používajte tubiku s testovacími proužky okamžitě pevně uzavřete. / Uporabljajte le z Wellion GALILEO sistemom za merjenje nivoja glikoze v krvi. Za samotestiranje. Tesno zaprite pokrov vsebnika takoj, ko ste vzel katerjakoli izmed merilnih lističev. / Да се използват само с апарат за измерване на кръвна захар Wellion GALILEO. За самоконтрол. Затваряйте пълно флаcona след изваждане на тест лента.



Storage  
Temperature  
4°C  
39°F

30°C

86°F

IVD

i

2

REF WELL10-15

# w wellion GALILEO

TEST STRIPS

TESTSTREIFEN

TESTOVACÍ PROUŽKY

TESTNIH LISTICÉV

ТЕСТ ЛЕНТИ

50  
GLU

Koristite isključivo s Wellion GALILEO sustavom za praćenje razine glikozе u krvi. Za samotestiranje. Dobro zatvorite poklopac bočice odmah nakon što izvadite test traku. Test traka su za jednokratnu upotrebu. / Utilizar apenas no Wellion GALILEO Blood Glucose Monitoring System. Para auto-teste. Fehar bem a embalagem após retirar as tiras teste. / Χρήστε μόνο με το Σύστημα Παρακολούθησης Γλυκόζης Αίματος Wellion GALILEO. Για αποικική μέτρηση. Αφού έχετε αφαιρέσει μία τανία μέτρησης, κλείστε αμεσως πάνω καλά το καπάκι του φιαλίδιου. / 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. / A n'utiliser qu'avec le système de contrôle de glycémie Wellion GALILEO. Bien refermer le flacon immédiatement après avoir retiré la bandelette. Auto-test.

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



W10-14 Rev D

01/2019

9 120072 860928



recap test strip vial immediately after any strips. / Nur mit Wellion GALILEO Blutzuckermessgerät verwenden. Für Selbstmessung. Schließen Sie den Dosendeckel sofort nach der Entnahme eines Teststreifens. / Používejte pouze s glukometrem Wellion GALILEO. Pro sebetestování. Po využití používajte tubiku s testovacími proužky okamžitě pevně uzavřete. / Uporabljajte le z Wellion GALILEO sistemom za merjenje nivoja glikoze v krvi. Za samotestiranje. Tesno zaprite pokrov vsebnika takoj, ko ste vzel katerjakoli izmed merilnih lističev. / Да се използват само с апарат за измерване на кръвна захар Wellion GALILEO. За самоконтрол. Затваряйте пълно флаcona след изваждане на тест лента.



Storage  
Temperature  
4°C  
39°F

30°C

86°F

IVD

i

2

REF WELL10-15

COMPTOIR CAM

Numéro Date N° télecopie client

FA2201447 20/06/22

## Référence

## ICE client

CASABLANCA

## Facture

Référence	Désignation	Numéro du Lot	Date de Péremption	Qté	PU TTC	Montant TTC	*
WEL-10-15	WELLION GALILEO GLUCOSE STRIPS (FLACON DE 50) patient : kamal thiya			4,00	150,00	600,00	3



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
Conditions de règlement : le 20/06/22 Chèque 600,00									
<b>Total</b>	<b>500,00</b>		<b>100,00</b>						

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.

**Tout Paiement doit être effectué par chèque non endossoable 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.**

Page