

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

N° P19- 046971

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4916 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAHMOUD NASTAR

Date de naissance : 4-1-59

Adresse : 104 RD YACOUB EL MANSON R

CASA

Tél. : 0664417304 Total des frais engagés : 150,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 3-1-2023

Nom et prénom du malade : BELKATI KARIM Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 / 10 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

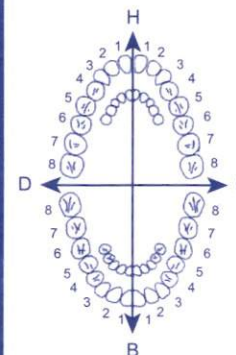
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

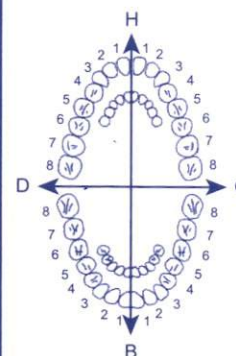
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| H | |
| 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

Le : 03/10/23

ROELHATI Har- a'

Banquettes GALILEO.
(Boite de 50)

Dr. Enezari Naima
Centre de Santé IBN SINA

150,-

Centramedic
Centre d'Activité Médicale
Signature du Service Facturation

Signature du Commercial

21 Bd Dr. Lahcen El Arroune-20360 Casablanca
Tél : 05 22 86 35 28 / 05 22 86 35 30 - Fax : 05 22 86 85 26



LOT

wellion
GALILEO 50
GLU

wellion
GALILEO

TEST TRAKE
TIRAS TESTE
ΤΑΙΝΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ
TESTSTICKOR
STRISCHE REATTIVE
BANDELETES

50
GLU

“ Unser Bestreben ist es, Patienten und Partnern das Leben zu erleichtern.

Mit innovativen Ideen, Beratung und Service.

Use only with Wellion GALILEO Blood Glucose Monitoring System. For selftesting. Tightly recap test strip vial immediately after removing 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 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 лента.

Storage
Temperature



4°C
39°F



30°C
86°F

IVD



PhZnr. Austria: 4553612
PhZnr. Germany: 12470113

REF WELL10-15



 **wellion**
GALILEO

TEST STRIPS
TESTSTREIFEN
TESTOVACÍ PŘOUŽKY
TESTNIH LISTIČEV
ТЕСТ ЛЕНТИ

50 **GLU**



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,
Μετεωρων 3, Κορωπι Αττικής, 19400, Ελλάδα



9 120072 860928

W10-14 20211215

“ We endeavour to
make life easier
for patients and partners.

Through innovative
ideas, advice and service.

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.

Comptoir Centramedic

Numéro Date N° télécopie client

FA2302355 04/10/23

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 | | | 1,00 | 150,00 | 150,00 | 3 |
| Patient : Belkati Karima | | | | | | | |



| Code | Base | Taux | Taxe | Total HT | Escompte | Port HT | Total TTC | Acompte | NET A PAYER |
|-------|--------|------|-------|----------|----------|---------|-----------|---------|-------------|
| 3 | 125,00 | 20% | 25,00 | 125,00 | 0,00 | | 150,00 | 0,00 | 150,00 |
| Total | | | | 125,00 | | | | | |

Conditions de règlement : le 04/10/23 Chèque 150,00

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

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 espèces 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