

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

M23- N° 0044133

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05683

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RACHIDI Hassan

Date de naissance : 05.07.1960

Adresse : 45 Rue Saria Ibnou Zuneim. Des Annas

Q. Palmier Casablanca

Tél. : 0661317267 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DI. HORMAT Nouredine
Médecine Générale
Médecin Agréé Permis Conduire
51, Rue Bnou Nafia Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 25 81 82

Date de consultation : 28 FEB 2021

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le :/...../.....

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
28 FEB 2024	✓		200	Dr. HORMAT Nouredine Médecine Générale Médecin Agréé Permis Conduire N° 22 25 81 R2

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
----------------------------------------	------	-----------------------

Centramedic
Central deachat medicale
Pharmacie de Facturation

86
02
2024
08/04/24

1856,00
450-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

21 Bd Dr. Lahcen El Arjouni-20360 Casablanca
05 22 86 35 28 / 05 22 86 35 30 - Fax: 05 22 86 35 28

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

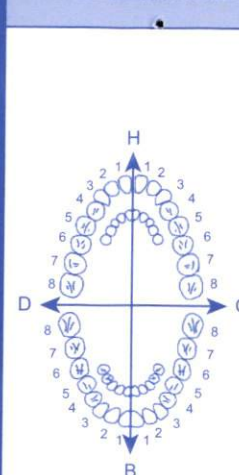
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

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 HORMAT Nouredine
MÉDECINE GÉNÉRALE
Echographie Générale
Médecin Agréé pour Permis de Conduire

51, Rue Ibnou Nafiss
Angle (ex. Jura et Faucilles)
Maârif - CASABLANCA
Tél. : 05 22 25 81 82

الدكتور حرمات نور الدين
الطب العام
الفحص بالصدى
طبيب مقبول لرخصة السياقة

51, زقة ابن النفيس
المعاريف - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 25 81 82

Casablanca, le 28 FEB 2024 في الدار البيضاء.

Radoudi Hassan

150x3=450

18x6

Carburant

Diafrème 886

1p24

437x4=1748

Jaune 54/1000

182500

185600

185600

DR. HORMAT Nouredine
Médecine Générale
Médecin Agréé Permis Conduire
Rue Bnou Nafiss - Casablanca
Tél : 05 22 25 81 82

رقم التسجيل/ Lot

05-2023

X020607

تاريخ الإنتاج/ Mfg

05-2025
تاريخ الانتهاء/ Exp

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

يصرّف فقط بوصف طبية – قائمة 1

Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme

166, 168 Bd Zerkouni

Casablanca- Maroc

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

Comprimés pelliculés; أقراص مغلفة

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليبتين / ميتفورمين هايدروكلورايد



Merck Sharp & Dohme B.V
Waarderweg 39
2031 BN Haarlem
Pays-Bas

رقم التسجيل/ Lot

05-2023

X020607

تاريخ الإنتاج/ Mfg

05-2025
تاريخ الانتهاء/ Exp

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

يصرّف فقط بوصف طبية – قائمة 1

Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme

166, 168 Bd Zerkouni

Casablanca- Maroc

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

Comprimés pelliculés; أقراص مغلفة

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليبتين / ميتفورمين هايدروكلورايد



Merck Sharp & Dohme B.V
Waarderweg 39
2031 BN Haarlem
Pays-Bas

رقم التسجيل/ Lot

05-2023

X020607

تاريخ الإنتاج/ Mfg

05-2025
تاريخ الانتهاء/ Exp

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

يصرّف فقط بوصف طبية – قائمة 1

Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme

166, 168 Bd Zerkouni

Casablanca- Maroc

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

Comprimés pelliculés; أقراص مغلفة

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليبتين / ميتفورمين هايدروكلورايد



Merck Sharp & Dohme B.V
Waarderweg 39
2031 BN Haarlem
Pays-Bas

رقم التسجيل/ Lot

05-2023

X020607

تاريخ الإنتاج/ Mfg

05-2025
تاريخ الانتهاء/ Exp

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

يصرّف فقط بوصف طبية – قائمة 1

Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme

166, 168 Bd Zerkouni

Casablanca- Maroc

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

Comprimés pelliculés; أقراص مغلفة

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليبتين / ميتفورمين هايدروكلورايد



Merck Sharp & Dohme B.V
Waarderweg 39
2031 BN Haarlem
Pays-Bas

PPV: 18DH00
PER: 06/26
LOT: M2108

Diaformine®
Metformine

30 comprimés pelliculés
Voie orale

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

850 mg

850 mg

Diaformine®
Metformine

Diaformine® 850 mg

Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

احترموا الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 18DH00
PER: 06/26
LOT: M2108

Diaformine®
Metformine

30 comprimés pelliculés
Voie orale

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Diaformine® 850 mg

Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

850 mg

Diaformine®
Metformine

850 mg

احترموا الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 18DH00
PER: 06/26
LOT: M2108

Diaformine®
Metformine

30 comprimés pelliculés
Voie orale

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

850 mg

850 mg

Diaformine®
Metformine

Diaformine® 850 mg

Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

احترموا الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 18DH00
PER: 06/26
LOT: M2108

Diaformine®
Metformine

30 comprimés pelliculés
Voie orale

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

850 mg

850 mg

Diaformine®
Metformine

Diaformine® 850 mg

Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

احترموا الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 18DH00
PER: 06/26
LOT: M2108

Diaformine®
Metformine

30 comprimés pelliculés
Voie orale

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

850 mg

850 mg

Diaformine®
Metformine

Diaformine® 850 mg

Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

احترموا الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 18DH00
PER: 06/26
LOT: M2108

Diaformine®
Metformine

30 comprimés pelliculés
Voie orale

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Diaformine® 850 mg

Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

850 mg

Diaformine®
Metformine

850 mg

احترموا الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Facture

Comptoir Centramedic

Casablanca
ICE
05 22 86 35 28/30


Numéro de Pièce	Date	Numéro du Bon de Commande
FA2400918	08/04/2024	

Référence	Désignation	Numéro de Lot	Date de Péréemption	Quantité	Prix unitaire HT	Remise en %	Montant HT	Taux Taxe
WEL-10-15	Bandelette de Glycemie Wellion 50 Unités Patient: Rachidi Hassan	11		3	125,00		375,00	20%

Code Taxe	Base	Taux	Montant TVA
3	375,00	20%	75,00
Total	375,00		75,00

Total HT	Escompte	Total TTC	Acompte	Net à payer
375,00	0,00	450,00	0,00	450,00

Arrêtée la présente facture TTC à la somme en Dirhams MAD de :
Quatre cent cinquante Dirhams

<p>Cachet Centramedic</p>  <p>Signature du Service Facturation</p> <p>Signature du Commercial</p> <p>21 Bd Dr. Lahcen El Arjoune - 20360 Casablanca Tél : 05 22 86 35 26 / 05 22 86 35 30 - Fax : 05 22 86 85 26</p>	<p>Cachet Client</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

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. Centramedic décline toute responsabilité de stockage chez le client, y compris le contrôle atmosphérique. Tout Paiement doit être effectué par chèque non endossable libellé au nom de Centramedic, ou par virement bancaire au nom de Centramedic 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 de Dhs
21 Bd. Dr. Lahcen El Arjoune - Quartier des Hôpitaux
Casablanca 20360 - Maroc
Tél : (+212) 522.50.75.67 / (+212) 522.86.35.28
Fax : (+212) 522.86.35.13

Comptes Bancaires :
CDM: 021 780 0000 1900300856 31 06
SGMB: 022 780 0000 4300303514 24 74

Site internet : www.centramedic.ma
Adresse e-mail : contact@centramedic.ma

ICE : 000102905000033
R.C : 94613
T.P : 36340864
Importateur : 2081328051
IF: 01086621
CNSS : 6007993

wellion GALILEO

TEST STRIPS
TESTSTREIFEN
TESTOVACÍ PROUŽKY
TESTNIH LISTICEV
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,
Μετεώρων 3, Κορυπί Αττικής, 19400, Ελλάδα



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.



2025-02-14

J1S2302006

LOT

wellion GALILEO 50 GLU

wellion GALILEO

TEST TRAKE
TIRAS TESTE
ΤΑΙΝΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ
TESTSTICKOR
STRISCHE REATTIVE
BANDETTES

50 GLU

wellion GALILEO

TEST STRIPS
TESTSTREIFEN
TESTOVACÍ PROUŽKY
TESTNIH LISTICEV
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,
Μετεώρων 3, Κορυμιά Αττικής, 19400, Ελλάδα



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.



2025-02-14

J1S2302006

LOT

wellion GALILEO 50 GLU

wellion GALILEO

TEST TRAKE
TIRAS TESTE
ΤΑΙΝΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ
TESTSTICKOR
STRISCHE REATTIVE
BANDETTES

50 GLU

wellion GALILEO

TEST STRIPS
TESTSTREIFEN
TESTOVACÍ PROUŽKY
TESTNIH LISTICEV
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,
Μετρώρων 3, Κορυπί Αττικής, 19400, Ελλάδα



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.



2025-02-14

J1S2302006

LOT

wellion GALILEO 50 GLU

wellion GALILEO

TEST TRAKE
TIRAS TESTE
ΤΑΙΝΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ
TESTSTICKOR
STRISCHE REATTIVE
BANDETTES

50

GLU