

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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° W21-723171

124693

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

2839

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DRISSI. ABDELLAH

Date de naissance :

03/05/1954

Adresse :

Lot 100 ZHA 409 Apt 1 F 6

Tél. :

06 21 74 69 74

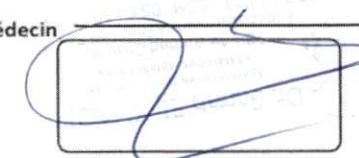
Total des frais engagés :

2718,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Abdellah DriSSI

Age :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète type 2 + HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

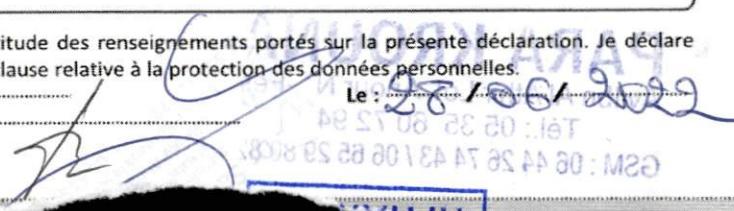
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 26/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

LISTE DES TAUX 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
28/06/22 consult.			250DH	INP : 144241464

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE MERYLAND</i> <i>DC DEMARTELLI SARL</i> <i>10/05/2018</i>	<i>22/05/2018</i>	<i>2188.60</i>

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
PARA KROUNA Av.Ibn Al Athir Lot. Anour N° -Fés Tél.: 05 35 60-72-94						2.700,-DH

PARA KROUNA
Av.Ibn Al Athir Lot. Anour. N° -Fes
Tél.: 05 35 60 72 94
GSM : 06 44 26 74 43 / 06 65 29 80 82

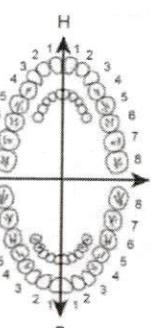
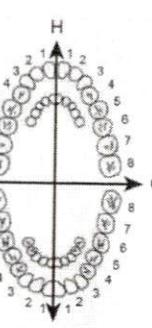
-VOLET ADHÉRÉ

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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H <hr/> D <hr/> B	H <hr/> G <hr/> B	25533412 21433562 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

M. 2839

Dr. Sarrah EL KHADIR

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie

Maladies Métaboliques et Nutrition

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès

Ancien Médecin du CHU Hassan II de Fès

Ancien Médecin des Hôpitaux Universitaires

de Strasbourg (France)

Nom et Prénom : Abderrahim Drissi . Fès le : 28/06/22.

437,00 × 3

① Jamumet 50/1000mg

1 cpl/jr (après P.D.J)
+ din

78,70 × 3

② Dicamicrom 60mg

2 cpl/jr (avant P.D.J)

152,50

③ Lantus solostar

1 UI à 2 fl.

120,00 × 3

④ Vepram 150mg

1 cpl/jr (après P.D.J)

43,00 × 3

⑤ Imicole 15mg

1 cpl/jr poser

T: 2188,60

(Traitement de 3 mois)

6 مكرر، شارع أحمد شوقي، مكاتب لا فونتين، الطابق الأول، مكتب رقم 1 - (م مقابل مقهى أوديسى) - فاس

6 Bis Av. Ahmed Chawki, Espace Bureaux la Fontaine, 1^{er} Etage Bureau N° 1 (En face Café Odyssée) - Fès

Tél : 05 35 93 24 78 - GSM : 06 64 50 12 23 - E-mail : sarrah.elkhadir1@gmail.com



الدكتورة سارة الخضير

اختصاصية في أمراض الغدد الصماء والسكري،

أمراض الأيض والتغذية

خرفة كلية الطب والصيدلة بفاس

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني - فاس

طبيبة سابقاً بالمستشفيات الجامعية

بست اسيوغ (فرنسا)

فاس

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml

P.P.V : 152,50 DH



6 118 001 081608

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

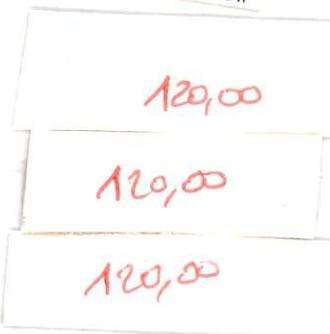
Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.



LOT : 211892
EXP : 11/2024
PPV : 43,00 DH

LOT : 211892
EXP : 11/2024
PPV : 43,00 DH

LOT : 211892
EXP : 11/2024
PPV : 43,00 DH



Dr. Sarrah EL KHADIR

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie

Maladies Métaboliques et Nutrition

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès

Ancien Médecin du CHU Hassan II de Fès

Ancien Médecin des Hôpitaux Universitaires

de Strasbourg (France)

Nom et Prénom :



الدكتورة سارة الخضير

اختصاصية في أمراض الغدد داء السكري،

أمراض الأيض والتغذية

خرفية كلية الطب والصيدلة بفاس

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني - فاس

طبيبة سابقاً بالمستشفيات الجامعية

بستانسبورغ (فنلندا)

Abderahim

DriSSI

Fès le :

28/06/22

m le 2839

① Baudelottes glycémiques

PARA KROUNA (mimé)

Av.Ibn Al Athir Lot. Anour N° -Fès

Tél.: 05 35 60 72 94

GSM : 06 44 26 74 48 / 06 65 29 80 82



(Traitement de 3 mois)

6 مكرر . شارع أحمد شوقي. مكاتب لافونتين. الطابق الأول . مكتب رقم 1 - (مقابل مقهى أوبيسي) - فاس

6 Bis Av. Ahmed Chawki, Espace Bureaux la Fontaine, 1^{er} Etage Bureau N° 1 (En face Café Odyssée) - Fès

Tél : 05 35 93 24 78 - GSM : 06 64 50 12 23 - E-mail : sarrah.elkhadir@gmail.com

www.krouna.com

Vents de produits

Médicaux * Pharmaceutiques * Cosmétiques

Bon de Livraison :

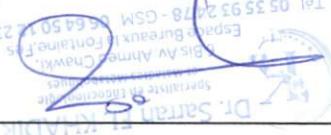
Nº 30004350

M-

Le

**Av. Ibn Al Atir, Lot. Nour N° 2 (enface du Collège Al Qods)-Fès
Tél.: 05 35 60 72 94 - GSM : 044 26 74 43 / 054 42 11 57
E-mail : para_krouna2@hotmail.com**

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	DRISSI ABDEERRAHIM
Matricule :	2839
N° CIN :	
Adresse :	
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : Endocrinologie
N° ICE :	N° INPE : 1412167
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Diabète Type 2 + HTA	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
jammet, Diamicron, Pantus, Nepran	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le 28/06/2012
Cachet et signature du médecin traitant :	
 	
	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées