

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

M22- 0020394

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1530 Société : RAm
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : MANANE HASSAN
 Date de naissance : 15/08/1951
 Adresse : 32 Rue Des Broyes MARIF BT Casablanca
 Tél : 0661 46 46 47 Total des frais engagés : 958,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. DEMBRI Khated Endocrinologie - Diabétologie et Nutrition 9, Rue Al Kadi Lass - Casablanca Tél : 05 22 23 37 91 - Fax : 05 22 23 42 45
 Date de consultation : 24/10/2022
 Nom et prénom du malade : MANANE HASSAN Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète
 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) :

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.

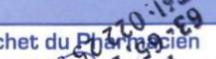
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
27.10.22	1. Clinique H2ic		+450 F	
31.10.22	G	S		

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27.10.22	A la Clinique H2ic		450 ₺	
31.10.22	G	8		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du dispensaire	Date	Montant de la Facture
	31/10/2022	50810

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la facture
	31/10/2022	50810

[illegible][illegible][illegible]

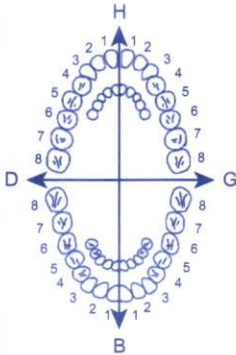
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

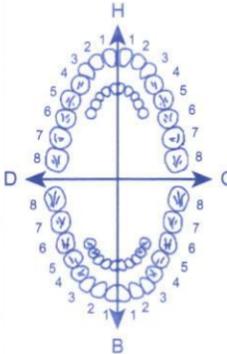
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<div style="text-align: center;">H</div> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">25533412</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	D	G												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
	B													
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>												
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>												
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>												

		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



المستشفى الخاص الدولي للدار البيضاء

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL DE CASABLANCA

HPIC

FACTURE

N° : 22000531 Du : 27/10/2022

Patient : HASSAN MANANE

Prise en charge : PAYANT(MUPRAS (RAM))

Admission : 27/10/2022

N° Dossier : 22000616

Sortie : 27/10/2022

Désignations des prestations	Nombre	Lettre clé	Prix unitaire	Prix total
CONSULTATION	1		50.00	50.00
			Sous-Total	50.00
Total clinique				50.00
DR DEMBRI Khaled	1		400.00	400.00
			Sous-Total	400.00
Total des autres prestations				400.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre cent cinquante dirhams			Total brut :	450.00
			Remise :	0.00
			Total net :	450.00

HOSPITAL PRIVE INTERNATIONAL
DE CASABLANCA (HPIC)
Angle Bd. Bir Anzarane et Abou Isnak Shirazi
et Rue Ben Jilali, Quartier Maarif - Casablanca
ICE: 002924279000042
IF: 50575193

ANGLE BD BIR ANZARANE ET ABOU ISHAK SHIRAZI ET RUE BEN JILALI, QUARTIER MAARIF - CASABLANCA

ICE : 002924279000042 RC : 119051 IF : 50575193 IP : 45000681 INPE : 060064839 RIB : 050780004010929193200177

Docteur Khaled DEMBRI

Spécialiste en Endocrinologie Diabétiologie et Nutrition

Echographie

Diabète - Goitre - Anorexie - Hypertension Artérielle

Cholestérol - Lipides - Troubles de croissance

Andropause - Ménopause

Traitement complet de l'obésité



CABINET DEMBRI

دكتور خالد دمبري

أمراض الغدد والسكري والتغذية

الفحص بالصدى
السكري والغدة الدرقية
سوي - الكوليسترول - الدهون
اضطرابات النمو - البلوغ والجنس
العقم عند الرجل والمرأة
علاج الكامل للسمنة

LOI 213503
EXP 07 2026
PPV 16.70 DH

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

Casablanca, Le : 31.12.22 : الدار البيضاء، في :

Mr YANANE Hassan

437,00



Timmek 00/100

Pharmacie Ya
Mme ZIN
63-65, Bd Ya
Tél: 022 254

Le matin
Le soir

24.40



Le matin 10 14

Le matin 25 1/2 1/2 le
soir 1/2 1/2

46.70

TU
01 min



Dr. DEMBRI Khaled
Endocrinologie - Diabétiologie et Nutrition
9, Rue Al Kadi Lass - Casablanca
Tél: 05 22 23 37 91 / Fax: 05 22 23 42 15 / GSM (si urgence) : 06 61 63 32 50

جماعة المعاريف - الدار البيضاء - المعاريف
9, Rue Al Kadi lass au 2ème étage (face école Bienfaisance à coté
de la commune du marif) - Casablanca

Tél: 05 22 23 37 91 / Fax: 05 22 23 42 15 / GSM (si urgence) : 06 61 63 32 50

Email : kdembri@hotmail.com / khaled1966dembri@gmail.com - Site Web : www.dembri-encocrino.com



6 118001 102020
Levofloxacin 100 mg
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342