

# 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 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0037464

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 502 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUORAN AHMED

Date de naissance : 01/01/42 (01/01/42)

Adresse : ATTADAMOUN RUE 8 N° 48 - EL ANASSER

Tél. : 0664-603066 Total des frais engagés : 911,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. DEMBRI Khalel  
Endocrinologie - Diabétiologie et Nutrition  
9, Rue Al Kad. Lass - Casablanca  
Tél : 05 22 23 37 91 - Fax : 05 22 23 42 15

Date de consultation : 17/08/23

Nom et prénom du malade : Mr CHOUORAN AHMED Age :

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

Nature de la maladie : Diabète

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 17/08/2023

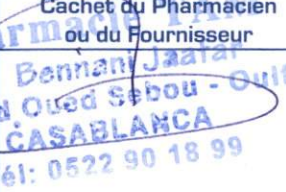
Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement des Actes
27/03/23		23		
20/03/23		23		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2.03.23	17411,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11.3.23	B, B, w, r, d	200,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

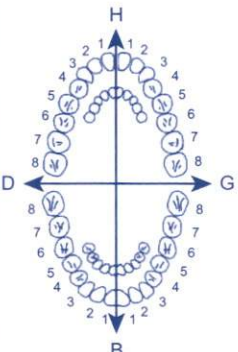
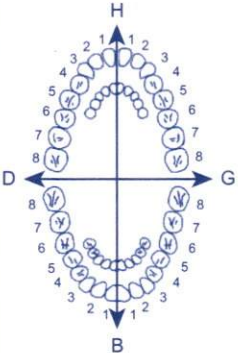
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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"/>													
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور خالد دميري  
السكري والتغذية AMAREL 3MG

## السكري والتغذية



الدرقية  
ل - الدهون  
- البلوغ والجنس  
جل والمرأة

P.P.V : 92DH10

0025

6 118000 060017

LO  
PEN

AMAREL 3MG  
CP B30

22E002  
08 202

P.P.V : 92DH10

PER.:

AMAREL 3MG  
CP 830

8 2025

P.P.V : 92DH10

6 118000 060017

7<sup>th</sup> Chowhee Alma

92, 10, 7, 3

Frage 3

# Newton's

15.20.

5.2. p3 Abgabe 800

Jul 31/06

LOT 221854  
EXP 12/2027  
PPV 45.20DH

LOT 221854  
EXP 12/2027  
PPV 45.20DH

LOT 221854  
EXP 12/2027  
PPV 45.20DH

شارع القاضي اياس، الطابق الثاني، المعاريف - الدار البيضاء - جماعة المعاريف

9, Rue Al Kadi lass au 2ème étage (face école Bienfaisance à côté  
de la commune du maârif). 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](mailto:kdembri@hotmail.com) / [khaled1966dembri@gmail.com](mailto:khaled1966dembri@gmail.com) - Site Web : [www.dembri-encocrino.com](http://www.dembri-encocrino.com)



Dr DEMBRI KHALED Casa

Spécialiste en endocrinologie

Diabétologie et nutrition

9. Rue Kadi Iass Maârif. Casa

Tél: 0522233791 / Fax: 0522234215

GSM : 0661633250

Adresse : 9. Rue Kadi Iass 2<sup>ème</sup> étage à côté de

Mac Donald's Casablanca

Kdembri@hotmail.com

Nom : Chouoban

Prénom : Ahmed

Indication : Diabète

**Faire svp : HBA1C + Créatinine**

**Nb :** Il est strictement interdit de faire une consultation ou de lire un bilan sur whatsapp ou sur mail

Dr. DEMBRI Khaled  
Endocrinologie - Diabétologie et Nutrition  
9, Rue Al Kadi Iass - Casablanca  
Tél : 05 22 23 37 91 - Fax : 05 22 23 42 15

# LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246

093001246

T P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 17 mars 2023

Monsieur CHOUOBAN AHMED

FACTURE N°	355719
------------	--------

## Analyses :

Chimie : Hémoglobine glyquée -----	B	100	
Chimie : Créatinine -----	B	30	Total : B 130

## Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER

200,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cents Dirhams

LABORATOIRE TAZI  
TAZI MOHAMMED  
Biologiste  
78, Rue d'Alger - Casablanca  
tél: 0522 27 28 08 - 0522 29 64 86



TAZI MOHAMED

مختبر التازي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

NF EN ISO 9001:2008

ASCII

CERTIFICAT MA-2015-XIV

QUALITEM

www.ascii-qualitem.fr

TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,  
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Docteur KHALED DEMBRI

9, Rue Kadi Iass, 2ème étage

Mâarif CASABLANCA

Monsieur CHOUOBAN AHMED

Réf. : 23C760

Examen du 17/03/23 - Edité le 17/03/23

Page : 1/1

ANALYSES

RESULTATS

UNITES

NORMALES

ANTECEDENTS

**BIOCHIMIE (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)**

HEMOGLOBINE GLYQUEE - Hb A1 C - -----

6,9 %

4 - 6,3

13/01/2023

6,5

CREATININE -----

10 mg/l

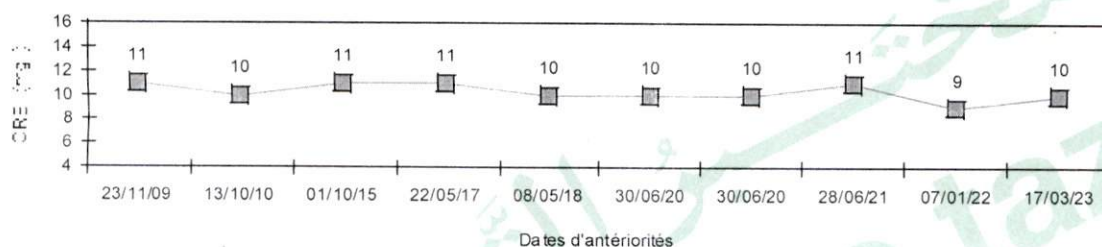
6 - 12

07/01/2022

9

ou

88  $\mu\text{mol/l}$



مختبر التازي للتحليلات الطبية  
laboratoire tazi

LABO TAZI  
TAZI KARIM  
BIOLOGISTE  
78, Rue d'Alger - Casablanca  
Tel: 05 22 27 28 03 - Fax: 05 22 29 64 86