

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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

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**

50459

**Déclaration de Maladie : N° S19-0018282**

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9376 Société : RA7

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAIS Abdelhak Date de naissance : 14/11/67

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 3972 MUPRAS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/11/2020

Nom et prénom du malade : Namsi Ep

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 : Cas Le : 08/12/2020

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
16-11-2020		4	320	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/20	27,20

# 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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée et le geste pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			Coefficient des Travaux
			Montants des Soins
			Début d'exécution
			Fin d'exécution

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
<div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> </div> <div> <div>G</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> <div>B</div>		Coefficient des Travaux
<div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> </div> <div> <div>G</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> <div>B</div>		Montants des Soins
<div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> </div> <div> <div>G</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> <div>B</div>		Date du devis
<div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> </div> <div> <div>G</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> <div>B</div>		Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khaled DEMBRI.

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition

Echographie

Diabète - Goitre - Anorexie - Hypertension Artérielle

Cholestérol - Lipides - Troubles de croissance

Andropause - Ménopause

Traitement complet de l'obésité



الدكتور خالد دمبري

اختصاصي في أمراض الغدد والسكري والتغذية

الفحص بالصدى

مرض السكري والغدة الدرقية

الضغط الدموي - الكوليسترول - الدهون

فقدان الشهية - اضطرابات النمو - البلوغ والخس

سن اليأس - العقم عند الرجل والمرأة

العلاج الكامل للسمنة

Casablanca, Le : 16 / 11 / 2020 : الدار البيضاء. في :

Mr. Cherifi Mohamed  
6.80 x 4 ep RAS



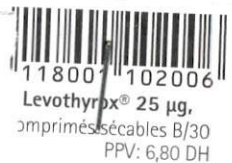
7862160335



7862160335



7862160335



7862160335

Dr. DEMBRI Khaled

Endocrinologie Diabétologie  
et Nutrition

9, Rue Al Kadi Lass - Casablanca

Tel: 05 22 23 37 91 - 05 22 23 42 15

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

9, Rue Al Kadi Lass au 2ème étage (face école Bienfaisance à coté  
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 / khaled1966dembri@gmail.com - Site Web : www.dembri-encocrino.com