

# 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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 All 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° P19-0037454

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0502 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHOUO BAN AHMED  
Date de naissance : 01-07-1942  
Adresse : ATTAJAMOUNE RUE N° 8 MAISON N° 48  
EL OULFA  
Tél. : 0664-603006 Total des frais engagés : 1306,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 11/03/2020  
Nom et prénom du malade : CHOUO BAN AHMED Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Distichie  
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 : CASA Le : 12/03/2020  
Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-037454


Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).


Matricule : 0502  
Nom de l'adhérent(e) : CHOUO BAN AHMED  
Total des frais engagés : 1306,40  
Date de dépôt :




# 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
11.03.2020		9	2500	
12.03.2020		9	9	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/03/2020	206,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12-03-2020	1330	3000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

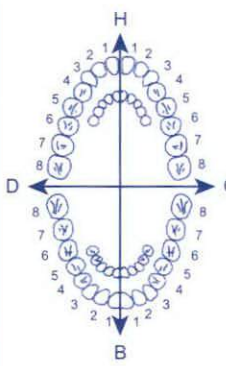
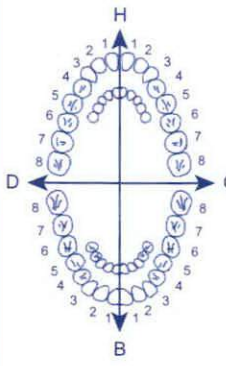
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</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																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# Docteur Khaled DEMBRI

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition

الدكتور خالد دمبري

اختصاصي في أمراض الغدد والسكري والعدوى

Echographie

Diabète - Goitre - Anorexie - Hypertension Artérielle

Cholestérol - Lipides - Troubles de croissance

Andropause - Ménopause

Traitement complet de l'obésité

Pharmacie  
Dr. Benjani Jaafar  
302, Bd Oued Sebou - Oulfa  
CASABLANCA  
Tél: 0522 90 18 39  
CABINET DEMBRI

الفحص بالصدى  
مرض السكري والغدة الدرقية  
الضغط الدموي - الكوليسترول - الدهون  
فقدان الشهية - اضطرابات النمو - البلوغ والجنس  
سن اليأس - العقم عند الرجل والمرأة  
العلاج الكامل للمسننة

Casablanca, Le : 12/03/2020 : الدار البيضاء، في :

M. Mouhssine Aloul  
92.10

Amarel 3



45 120/2 + matin à je  
23.00

Amarel 800



14 x 34 en un bon  
des repas

Tur 1 mob 1/ F: 206.40

Dr. DEMBRI Khaled  
Endocrinologie Diabétologie  
et Nutrition

9, Rue Al Kadi Lass - Casablanca

شارع القاضي الكادي - جماعة المعاريف - الدار البيضاء - 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 / khaled1966dembri@gmail.com - Site Web : www.dembri-encocrino.com

LOT 200249  
EXP 01/2025  
PPV 45.20DH

45,20

LOT 190108  
EXP 01/2024  
PPV 23.90DH



**Dr DEMBRI KHALED** Casa le 12.03.2020

Spécialiste en endocrinologie

Diabétologie et nutrition

9. Rue Kadi Iass Maârif. Casa

Tél: 0522233791 / Fax: 0522234215

GSM : 0661633250

Nom : Chouoban

Prénom : Ahmed

Indication : Diabète + Goitre Nodulaire

Facture pour Echographie Thyroïdienne : 350 dh

Adresse : 9. Rue Kadi Iass 2<sup>ème</sup> étage à côté de  
Mac Donald's Casablanca

Kdembri@hotmail.com

Dr DEMBRI Khaled

Endocrinologie et Diabétologie

diabète

9, Rue Kadi Iass Casablanca

Tél: 05 22 23 37 91 - 05 22 23 42 15

**Dr DEMBRI KHALED** Casa le  
Spécialiste en endocrinologie  
Diabétologie et nutrition  
9. Rue Kadi Iass Maârif. Casa  
Tél: 0522233791 / Fax: 0522234215  
GSM : 0661633250

Dr. DEMBRI Khaled  
Endocrinologie Diabétologie  
et Nutrition  
9. Rue Kadi Iass Maârif. Casa  
Tél: 05 22 23 37 91 Fax: 05 22 23 42 15

Nom : Chouoban  
Prénom : Ahmed  
Indication : Diabète + Goitre

Dr. DEMBRI Khaled  
Endocrinologie Diabétologie  
et Nutrition  
9. Rue Kadi Iass Maârif. Casa  
Tél: 05 22 23 37 91 Fax: 05 22 23 42 15

Faire svp : HBA1C + TSHus

Adresse : 9. Rue Kadi Iass 2<sup>ème</sup> étage à côté de  
Mac Donald's Casablanca  
Kdembri@hotmail.com

Dr. DEMBRI Khaled  
Endocrinologie Diabétologie  
et Nutrition  
9. Rue Kadi Iass Maârif. Casa  
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 mercredi 11 mars 2020 Monsieur CHOUOBAN AHMED

FACTURE N°	308723
------------	--------

Analyses :			
Chimie : Hémoglobine glyquée -----	B	100	Total : B 350
Hormono : Thyreostimuline (TSH us) -----	B	250	
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER		500,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq Cents Dirhams

**LABORATOIRE TAZI**  
**TAZI Mohamed**  
**BIOLOGISTE**  
78 Rue d'Alger Casablanca  
Tél: 05 27 27 28 08 Fax: 05 27 29 64 86

Dr DEMBRI Khaled  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
9. Rue kadi Iass Maarif Casa  
Tél : 0522.23.37.91

casa le 12.03.2020

*ml 0502*

## Certificat Médical

Je soussigné Dr dembri Certifie avoir examiné ce  
jour Mr Chouoban Ahmed et déclare qu'il présente un  
Diabète type 2  
sous traitement oral (Amarel 3mg + Glucophage 850mg),  
maladie déclarée de longue durée

Signé :

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





مختبر التازي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

TAZI MOHAMED

NF EN ISO 9001:2008

ASCI

CERTIFICAT MA-2015-XIV

QUALITATEM

www.asci-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. : 20C527

Examen du 11/03/20 - Edité le 11/03/20

Page : 1/1

ANALYSES

RESULTATS

UNITES

NORMALES

ANTECEDENTS

**BIOCHIMIE (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)**

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

6,3 %

4 - 6,3

04/12/19

6,5

**HORMONOLOGIE (CHIMILUMINESCENCE COBAS 6000)**

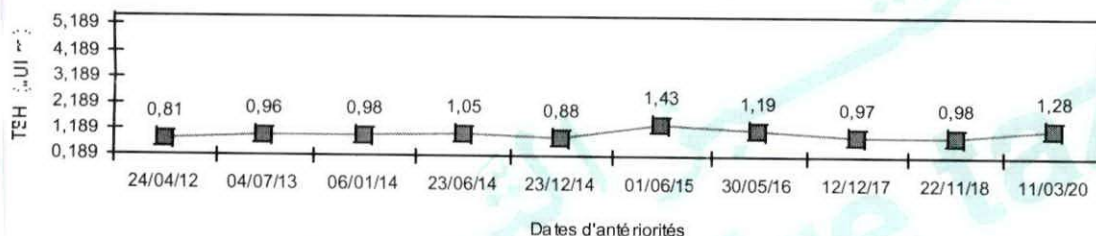
TSH Ultra - sensible -----

1,280  $\mu$ UI/ml

0,27 - 4,21

22/11/18

0,980



Dates d'antériorités

LABORATOIRE TAZI  
TAZI Karim  
BIOLOGISTE  
78, Rue d'Alger - Casablanca  
Tel: 0522 27 23 08 - Fax: 0522 29 64 86

**Dr DEMBRI KHALED**

Casablanca, le 12.03.2020

Spécialiste en endocrinologie

Diabétologie et nutrition

9, rue kadi iass maarif, Casa

Tél: 0522233791 / Fax: 0522234215

GSM : 0661633250

Nom : Chouoban

Prénom : Ahmed

Indication : Diabète + Goitre Nodulaire

### Echographie Thyroïdienne

L'exploration échographique de la thyroïde est réalisée avec une sonde de 18 mhz : Echo Doppler Hitachi Aloka F37 Mise en service : Janvier 2019

Les 2 lobes thyroïdiens sont légèrement augmentés de taille de contours réguliers d'écho structure hétérogène multi nodulaire mesurant :

Lobe droit : 61.1x29.4x40.1mm siège d'1 gros nodule presque toto lobaire échogène régulier de forme arrondi bien limité avec vascularisation centrale et mesurant 35.2 mm de grand axe tirads 4

Lobe gauche : 52.4x29.6x25.7 mm siège de 2 nodules dont 1 olus gros et médio lobaire de forme arrondi échogène bien limité régulier ne prenant pas la couleyr mesurant 27.8 mm de grand axe tirads 4 et 1 autre de 9.6 mm de grand axe échogène avec quelques zones nécroses tirads 4

L'isthme : 6.6 mm siège de 2 nodules dont 1 de 12.8 mm largement kystisé tirads 3 et l'autre para isthmique droit de 10.1 mm de grand axe échogène régulier tirads 3

Absence d'adénopathie latéro-cervicales

Les glandes sous-claviculaires et parotidiennes sont de taille et d'écho-structure normales

Adresse : 9, Rue Kadi Iass 2<sup>ème</sup> étage à côté de Mac Donald's Casablanca.

Email : [kdembri@hotmail.com](mailto:kdembri@hotmail.com)

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

Signé :



