

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
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 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



ND 88782

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024981

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3294 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJEM AHMED Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : HAY LAALOU Rue 16 n° 8 C.D. Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 02/03/2020

Nom et prénom du malade : CHERAT NAJAT Age : 61 ans

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

Nature de la maladie : Diabète + Cholestérol

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 02/03/2020

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
02/03/2020	CS	250		
12/03/2020	CS	5		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

12/03/2020 172.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

12/03/2020 360

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

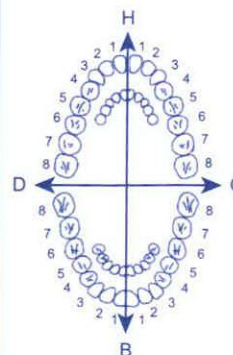
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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



CABINET DEMBRI

الدكتور خالد دمبري

اختصاصي في أمراض الغدد والسكري والتغذية

الفحص بالصدى

مرض السكري والغدة الدرقية

الضغط الدموي - الكوليسترول - الدهون
فقدان الشهية - اضطرابات النمو - البلوغ والجنس

سن اليأس - العقم عند الرجل والمرأة

العلاج الكامل للسمنة

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

Mr Cherate Najat



Disclup 1m60 : 14
38.00 x 2

38,00

38,00

28.00 x 2

28.00 x 2

6,80 x 2

134 x 2

172.40

172.40

Rue
Tél : 05 22
Email : kdembri@hotmail.com

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

3 32 50
dembri-encocrino.com

7862160335
6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335
6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335
6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

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 : Cherate

Prénom : Najat

Indication : Diabète + Goitre

Facture pour Echographie Thyroïdienne : 350dh

Adresse : 9. Rue Kadi Iass 2^{ème} étage à côté de
Mac Donald's Casablanca

Kdembri@hotmail.com

DR. DEMBRI KHALED
Endocrinologue et Nutritionniste
9. Rue Kadi Iass Casablanca
Tél: 05 22 23 37 91 / 05 22 23 42 15

Dr DEMBRI KHALED

Spécialiste en endocrinologie

Diabétologie et nutrition

9. rue kadi iass maarif. Casa

Tél: 0522233791 / Fax: 0522234215

GSM : 0661633250

Casablanca, le 12.03.2020

Nom : Cherate

Prénom : Najat

Indication : Diabète + Goitre

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 : 52.2x23.7x17.3 mm siège de 2 nodules médio lobaires dont légèrement hypo échogène régulier mesurant 8.1 mm de grand axe tirads 3 et l'autre échogène entouré d'1 halo hypo échogène mesurant 7.4 mm de grand axe tirads 3

Lobe gauche : 50.1x19.1x20.6 mm siège d'1 nodule polaire inférieur à basi lobaire hypo échogène de forme arrondi régulier mesurant 7.5 mm de grand axe tirads 4

L'isthme : 4.1 mm

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^{ème} étage à côté de Mac Donald's Casablanca.

Email : kdembri@hotmail.com


Signé :
Dr. DEMBRI KHALED
Endocrinologue / Diabétologue
Tél: 05 22 23 37 91 / Fax: 05 22 23 42 15