

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

C 153⁰⁴⁰

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6395

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HOUIRADI MOHAMMED

Date de naissance : 07/02/1968

Adresse : Cite oued Ziane Imm I N°9 Ain

Borja Casa
Tél. : 0668173978

Total des frais engagés :

7963025 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. DEMBRI Khaled
Endocrinologie - Diabetologie et Nutrition
9, Rue Al Kadi Lass - Casablanca
Tel. : 05 22 21 37 01 Fax : 05 22 23 42 15

Date de consultation : 09/02/23

Nom et prénom du malade : Farouk

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Sante

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) :



RELEVE 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
08/02/23	G 3m	✓		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DADOUN N° 13, Lot Bd Hassan Akaoui - Laâyoune Tél. : 05 22 60 10 00	09/08/23	96,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/02/2023	Echographie Abdomine	400,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	MONTANT DE LA FICHE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; padding: 2px;">D</td> <td style="width: 50px; padding: 2px;">H</td> <td style="width: 50px; padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">000000000</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">000000000</td> <td style="padding: 2px;">000000000</td> <td style="padding: 2px;">000000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">000000000</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	D	H	G	000000000	25533412	21433552	000000000	000000000	000000000	000000000	35533411	11433553	B		B	Coefficient des travaux <input type="text"/>
D	H	G															
000000000	25533412	21433552															
000000000	000000000	000000000															
000000000	35533411	11433553															
B		B															
		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

Docteur Khaled DEMBRI

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition

Echographie

Diabète - Goître - Anorexie - Hypertension Artérielle

Cholestérol - Lipides - Troubles de croissance

'Andropause - Ménopause

Traitements complets de l'obésité



CABINET DEMBRI

الدكتور خالد دمбри

اختصاصي في أمراض الغدد والسكري والتغذية

الفحص بالصدى

مرض السكري والغدة الدرقية

الضغط المدمي - الكوليستيرون - الدهنيات

فقدان الشهية - اضطرابات النوم - البلوغ والجنس

سن اليأس - المقدم عند الرجل والمرأة

العلاج الكامل للسمنة

Casablanca, Le :

09/02/23

الدار البيضاء، في:

N° 13, L. Laâyoune - Casablanca
IRMACIE DADOUR
Dr Hassan Alaoui - Casablanca
Tél: 05 22 62 88 67

6,8 =

1 mois → (les Algopex)

125 ml - 100 ml

89,56

Normal

Apixol Spray

2 bouteilles x 100 ml

Apixol 10g 1 ml

T = 96,30

~~Dr. DEMBRI Khaled
Endocrinologie Diabetologie et Nutrition
9, Rue Al Kadi lass - Casablanca~~

شارع القاضي ياس 22 الطايف الثاني - المارينا - 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 / khaled1966dembri@gmail.com - Site Web : 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^{ème} étage à côté de

Mac Donald's Casablanca

Kdembri@hotmail.com

Dr. DEMBRI Khaled
Endocrinologie - Diabétologie et Nutrition
9, Rue Kadi Iass - Casablanca
Tel : 0522233791 / Fax : 0522234215

Nom : Farche

Prénom : Jamila

Indication : Goitre

Facture pour Echographie Thyroidienne : 400dh

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 Kadi Iass - Casablanca
Tel : 0522233791 / Fax : 0522234215

Dr DEMBRI KHALED
Spécialiste en endocrinologie
Diabétologie et nutrition
9. rue kadi iass maarif. Casa
Tél: 0522233791 / Fax: 0522234215
GSM : 0661633250

Casablanca, le 09.02.2023

Nom : Farche
Prénom : Jamila
Indication : 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 thyroidiens sont augmentés de taille de contours réguliers d'échostructure finement hétérogène mesurant :

Lobe droit : 41.6x15.1x11.3 mm

Lobe gauche : 43.1x13.2x14.8 mm

L'isthme : 3.6 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 :



