

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

- Reclamation : 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 Angie 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° W21-762742

168244

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8593 Société : R.A.M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HABATI HASNA

Date de naissance : 21-06-23

Adresse : 4 LOT HANZA - SIDA MAAROUF GSA

Tél. : 9629 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 21-06-23

Nom et prénom du malade : Dr HABATI HASNA

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

Nature de la maladie : Hypertension

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 Le : / /

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
21/06/23	U	300	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie IBRAHIM KATIR Docteur en Pharmacie	21/06/23	134,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																					
				MONTANTS DES SOINS []																					
				DEBUT D'EXECUTION []																					
				FIN D'EXECUTION []																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



الدكتور خالد دمبري

إختصاصي في أمراض الغدد و السكري و التغذية

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 : 21. 06. 23 : الدار البيضاء، في :

Mr. Hachmi Hassan

13,40 x 10 / Kersfluprop 100 (C)
145 60 / 7 1/2 = 5
Fluprop 100 1/2 1/2 1/2 1/2
2morb

134100

صيدلي ابن كثير
Pharmacie IBNOU KATIR
M'hamed QERMANE
Docteur en Pharmacie
TIR

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

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

9, Rue Al Kadi Lass au 2ème étage (face Ecole Bienfaissane à côté de la Commune Maarif) - Casablanca

Tél.: 05 22 23 37 91 - Fax : 05 22 23 42 15 - GSM/(Si Urgence) : 06 61 63 32 50

E-mail : kdembri@hotmail.com/ khaled1966@yahoo.fr - Site Web : www.dembri-encocrino.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

7862160336



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

7862160336



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

7862160336



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

7862160336



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

7862160336



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

7862160336



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

7862160336



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

7862160336



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

7862160336

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

Nom : Habati

Prénom : Hasnaa

Indication : Hypothyroïdie

Facture pour Echographie Thyroïdienne : 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
Tél: 05 22 23 37 91 - Fax: 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 21.06.2023

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

Email : kdembri@hotmail.com

Nom : Habati

Prénom : Hasnaa

Indication : Hypothyroïdie

Echographie Thyroïdienne

L'exploration échographique de la thyroïde est réalisée avec une sonde de 7.5 mhz :

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

Lobe droit : 49.8x14.1x15.1 mm

Lobe gauche : 48.0x17.5x16.3 mm

L'isthme : 3.2 mm

Absence d'adénopathie latéro-cervicales

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

Signé :

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