

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)**



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0037467

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 502 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUOUBAN AHMED 195038

Date de naissance : 01.01.42

Adresse : ATTADAMOUN RUE 8 N° 48 EL OULFA

Tél. : 664 60 30 06 Total des frais engagés : 786,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 08/04/24

Nom et prénom du malade : CHOUOUBAN Ahmed Age :

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

Nature de la maladie : Diabète + Surcharge pondérale

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 08/01/2024

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
08-01-24	G	304		
09-01-24	G	9		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TAM Dr. Bounani Jaafar 2, Bld. Oued Rabouah - Oued CASABLANCA Tél: 0522 50 48 99	09/01/24 9/1/24	184,20 143,40 N° 092025014

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE RADIOLOGIQUE TAM Tél: 0522 29 64 86	08.01.24	8100	159,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

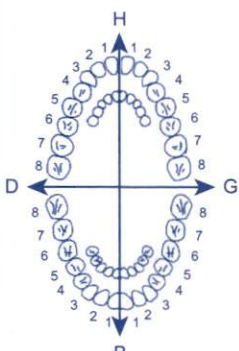
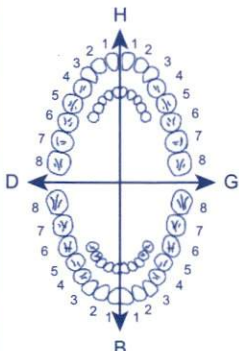
786,60

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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																
	(Création, remont, adjonction) 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

# 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 السكري والتغذية

الفحص بالصدى

مرض السكري والغدة الدرقية

الضغط الدموي، الكوليسترول، الدهون

فقدان الشهية، اضطرابات النمو، البلوغ والجنس

سن اليأس، العقم عند الرجل والمرأة

Casablanca, le : 09-01-24 في: ر البيضاء

LOT : 22E003  
PER : 11/2025

AMAREL 3MG  
CP B30

P.P.V : 92DH10



LOT : 22E003  
PER : 11/2025

AMAREL 3MG  
CP B30

P.P.V : 92DH10



7<sup>e</sup> Casablanca

92,10 x 2 Aussel 3 : 11

184,20

Cholesterol 800  
11W x 21j  
de -

02ans

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

اياس، الطابق الثاني، المعاريف - الدار البيضاء - جماعة المعاريف  
9, Rue Al Kadi Iass au 2ème étage (face école Bienfaisance à côté de la commune)  
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-endocrino.com

23,90

23,90

23,90

23,90

23,90

23,90



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<sup>ème</sup> étage à côté de

Mac Donald's Casablanca

Kdembri@hotmail.com

0801-24  
Dr. DEMBRI Khaled  
Endocrinologie - Diabétologie et Nutrition  
9, Rue el Kadi Iass - Casablanca  
Tél : 05 22 23 37 91 - Fax : 05 22 23 42 15

Nom : Chouoban

Prénom : Ahmed

Indication : Diabète

Faire svp : HBA1C

LABORATOIRE TAZI  
TAZI MOHAMED  
Biologiste  
78, Rue d'Alger - Casablanca  
Tél: 0522 27 28 08 - 0522 29 64 86

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 el Kadi Iass - Casablanca  
Tél : 05 22 23 37 91 - Fax : 05 22 23 42 15



TAZI MOHAMED

مختبر التازي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

NF EN ISO 9001:2008

ASCII

CERTIFICAT MA-2015-XIV

QUALITATEM

www.ascii-qualitem.fr

TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,  
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

**Dr DEMBRI KHALED**

9, Rue Kadi Iass, 2ème étage  
Maarif CASABLANCA

**Mr CHOUOBAN Ahmed**

*Né(e) le :* 01-01-1942 (82 ans)  
*Dossier N° :* 24010212  
*Code patient :* 24010212

Examen du 08-01-2024 - Edité le 08-01-2024

### BIOCHIMIE SANGUINE

(Cobas 6000)

Hémoglobine glyquée

6.8 %

(4.0-6.3)

مختبر التازي  
laboratoire tazi

LABORATOIRE TAZI  
78, RUE D'ALGER - CASABLANCA  
Tel: 05 22 27 28 08 - Fax: 05 22 29 64 86

# LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

IF : 40303250 CNSS : 1121946 RC : 187112 INPE : 09300124 TP : 35504101  
ICE : 001656516000089  
RIB : 007780000200100000003735

**FACTURE N° : 240000212**

CASABLANCA le 08-01-2024

**Mr CHOUOBAN Ahmed**

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
9105	Prélèvement sanguin	E	25
B119	Hémoglobine glycosylée	B	100

Total des B : 100

TOTAL DOSSIER : 159 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent cinquante-neuf dirhams .

**LABORATOIRE TAZI**  
**TAZI MOHAMED**  
**Biologiste**  
78, Rue d'Alger - Casablanca  
tel: 0522 27 28 08 - 0522 27 28 09