

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

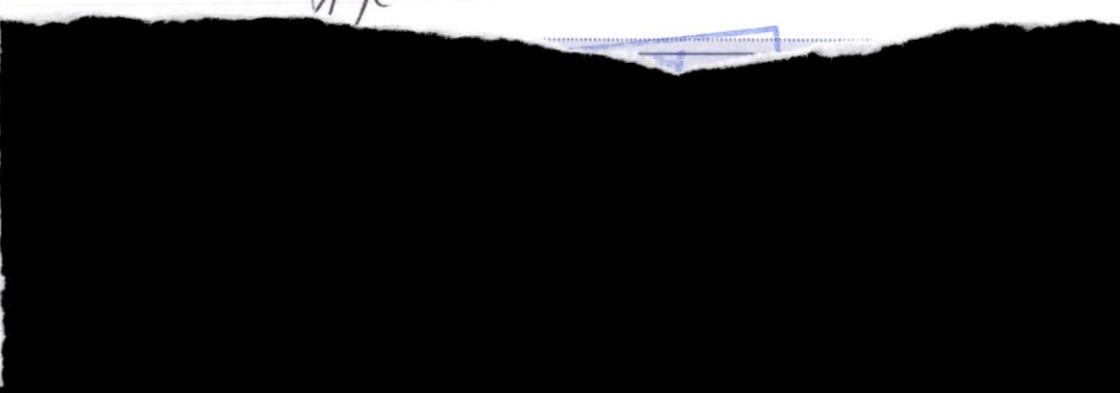
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : <u>2708</u>			
Société : <u>MM</u>			
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>KHATMI ABDALLAH</u>			
Date de naissance : <u>08/02/1953</u>			
Adresse : <u>...</u>			
Tél. : <u>...</u>			
Total des frais engagés : <u>1649,80</u> Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	<p style="text-align: center;">Cadre réservé au Médecin</p> <p style="text-align: center;">Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. CARIOU - BELLOUDI Joelle ENDOCRINOLOGUE 119, Bd. Bir Anzarane Maârif - CASABLANCA </div> <p style="text-align: center;">Date de consultation : <u>Notos, 1er octobre 2013</u></p> <p style="text-align: center;">Nom et prénom du malade : <u>EL GOULITRI A. A. A. A.</u> Age: <u>1963</u></p> <p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : <u>Hypothyroïdie</u></p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p style="text-align: center;">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.</p>
-------------------------------------	--

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 : Centre Allal Ben Abdellah Signature de l'adhérent(e) : A. A. A. A.
Le : 07/09/2013



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
10.05.2012 10.05.2012 10.05.2012	C - C	-	1000.00	DR. CARIOU BELGAOUDI MEANIF BIR ANZARANE CASABLANCA Dr. CARIOU BELGAOUDI Jocelle ENDOCRINOLOGUE 119, Bd. Bir Anzarane Meanif - CASABLANCA

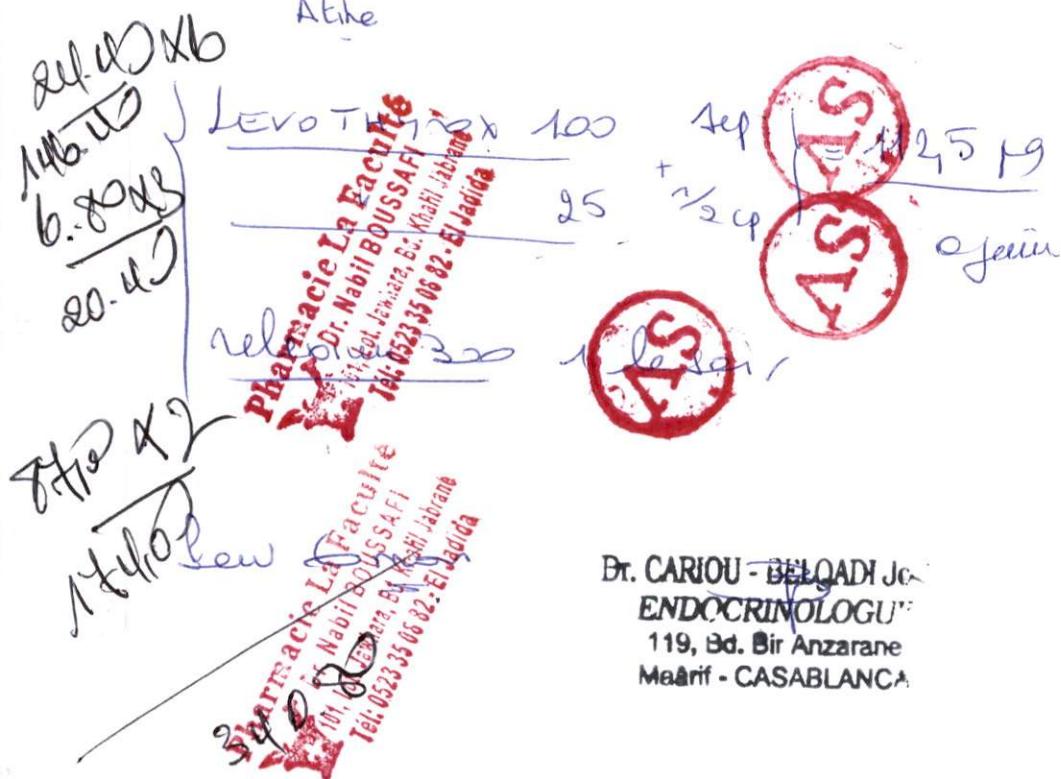
ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE SOALLI D'ANALYSES MEDICALES Dr. BEN MILOUD 240 Bd Brahim Roudani Marrakech Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 30 01 Casablanca - Maroc - Patente: 3381	10.05.23	B 820-	1000,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	B															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGIE METABOLISME
Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جووبيل
اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية
خريجة كلية الطب بباريس

m⁺ EL GOUMRI ep KHATMI Casablanca, le : 20/07/13
Athé



Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGUE
119, Bd. Bir Anzarane
Maârif - CASABLANCA

119، شارع بئر انزاران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67
119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA
Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr - ICE : 001634169000021



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



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 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



LOT: 230280
DL00: 03/2026
87,00DH

LOT: 230280
DL00: 03/2026
87,00DH

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جووبيل

اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بباريس

m⁺ El Goumri Atiba

Casablanca, le : 10.05.2023

TSH us

VS

Ca - wt 93

مختبر الصناعي للمختاريات الطبية
LABORATOIRE SOALLI D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BENMILLOUD
240, Bd Brahim Roudani Maârif
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61
Casablanca - Patente: 35805014

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGUE
119, Bd. Bir Anzarane
Maârif - CASABLANCA

119، شارع بئر انزاران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA

Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr

Prélèvements à domicile
 sur rendez-vous

Dr. BENMLOUD Loubna. Médecin biologiste.

Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé

Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

FACTURE N° : 230500150

CASABLANCA le 10-05-2023

Mme EL GOUMRI EP KHATMI Atika

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0101	Albuminémie (Méthode immunologique)	B60	B
0104	Calcium	B30	B
0164	TSH us	B250	B
0223	VS	B30	B
0439	Vitamine D	B450	B

Total des B : 820

TOTAL DOSSIER : 1000.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille dirham .

مختبر الصقلی للتحاليل الطبية
 LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES
 Dr. BENMLOUD
 240, Bd Brahim Roudani Maârif
 Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61
 Casablanca - Patente: 35805014

Code INPE : 093000214

AWB - Agence Rue Nassih Eddine
RIB : 007 780 0003555000000328 25



093000214



مختبر الصقلی للتحاليل الطبية

Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales

Laboratoire certifié ISO 9001 V.2015



7j/7

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous**Date du prélèvement :** 10-05-2023 à 08:43**Code patient :** 1901200004**Né(e) le :** 09-09-1963 (59 ans)**Mme EL GOUMRI EP KHATMI Atika**

Dossier N° : 2305100008

Prescripteur : Dr Joelle BELQADI CARIOU

HEMATOLOGIE**VITESSE DE SEDIMENTATION (Méthode de Westergren)**

VS 1ère heure	50 mm
VS 2ème heure	75 mm

Valeurs usuelles 1ère heure : Homme :âge/2 , Femme : (âge+10)/2

BIOCHIMIE SANGUINE

			07-07-2023
Calcium corrigé (Calcul avec albumine)	4.40 mEq/L 88.00 mg/L	(4.40-5.20) (88.00-104.00)	4.08 81.00
25OH-Vitamine D total (D2+D3) (Chimiluminescence – COBAS E411– Roche)	33.21 ng/ml 83 nmol/L	(30.00-100.00) (75-250)	25.44 64

Interprétation

- Valeurs souhaitables : 30 – 100 ng/ml (75–250nmol/L)
- Insuffisance..... : 10 – 29 ng/ml (25–75 nmol/L)
- Carence..... : < à 10 ng/ml (<25 nmol/L)
- Toxicité..... : > à 100 ng/ml (>250nmol/L)

Validé par : Dr. BENMILLOUD Loubna



مختبر الصقلی للتحاليل الطبية

Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales

Laboratoire certifié ISO 9001 V. 2015

**7j/7**Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

2305100008 – Mme EL GOUMRI EP KHATMI Atika

BILAN ENDOCRINIEN

12-10-2022

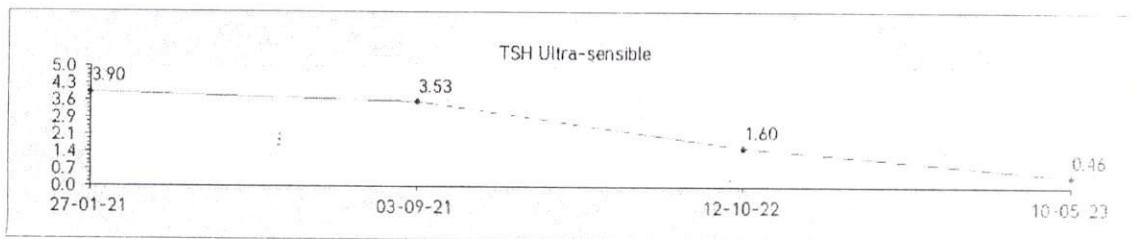
TSH Ultra-sensible
(ECLIA-Cobas411-Roche) limite de détection: 0.005 µUI/ml)

0.457 µUI/mL

1.600

Interprétation:

- Euthyroïdies : 0.27 à 4.2 µUI/mL
- Hyperthyroïdie : TSH < 0.1 µUI/mL
- Hypothyroïdie : TSH > 5.0 µUI/mL



Nouveau -né: TSH augmente à la 30 minute de vie (80 mUI/L) puis retour à la normale vers 2 – 5 jours. D'où le dosage à partir de J5.

Validé par : Dr. BENMILLOUD Loubna