

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 045684

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2708 Société : RAS
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KHATMI ABDELKHA
Date de naissance : 08/02/58
Adresse : el
Tél. : el Total des frais engagés : Dhs
Stamp: MUPRAS 27 AVR. 2021 ACCUEIL

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/01/2021
Nom et prénom du malade : EL GOLLITRE ABRA Age: 1963
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Thyroïde
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 : 15 / 02 / 21
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
27/02/21	C	1	2500	
15/02/21	C	1	2500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/02/21	831.40
	02/02/21	140.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27-01-2021	6880	319.00011

AUXILIAIRES MEDICAUX

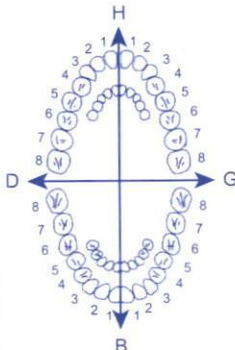
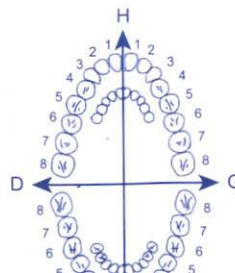
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></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			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANTS DES SOINS																					
	[Création, remont, adjonction]																								
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									
			DATE DU DEVIS																						

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوييل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

M^{re} EL GOU MAI et KHAATMI

Atika

Casablanca, le : 15/02/21

$$24.60 \times 6 = 146.40$$

$$LEVO THY 20X 100$$

$$6.80 \times 3 = 20.40$$

25

$$146.40 + \frac{20.40}{2} = 112.50$$

a jeun

$$205.00 \times 3 = 615.00$$

$$615.00$$

13

Dose Rate 1 dose / 2 mois

$$49.60$$

Low Gmoin

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGIE
119, Bd. BIR ANZARANE
Maârif - CASABLANCA

$$T = 831.40$$



119, شارع بئر انزران - إقامة رمزي, باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 14 67 - 05 22 23 84 84 - 05 22 99 26 53

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

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

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

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

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

LOT: 256
PER: DEC 2022
PPV: 205 DH 00

PPV: 49,60 DH
LOT: 20026
EXP: 10/2023

LOT: 274
PER: DEC 2022
PPV: 205 DH 00

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوويل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

my EL GOURRI ep RHATM
Atika

Casablanca, le :

27-02-2014

TSH us

creatinine

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية
LABORATOIRE SPÉCIALISÉ ANALYSES MÉDICALES
Dr. BENMILLOUJ
240, Bd. Brahim Roumani, Maârif
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61
Casablanca

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGUE
119, Bd. BIR ANZARANE
Maârif - CASABLANCA

119, شارع بئر انزران - إقامة رمزي, باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 14 67 — 05 22 23 84 84 — 05 22 99 26 53

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



مختبر الصقلي للتحليلات الطبية
Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales
Laboratoire certifié ISO 9001 V.2008



7jours/7

Dr. BENMILOUD 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

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

FACTURE N° : 210100581

Casablanca le 27-01-2021

Mme Atika EL GOUMRI EP KHATMI

Demande N° 2101270011

Date de l'examen : 27-01-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0111	Créatinine	B30	B
0164	TSH us	B250	B

Total des B : 280

TOTAL DOSSIER : 310DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent dix dirham s

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES
Dr. BENMILOUD
240, Bd Brahim Rowdani Maarif
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61
Casablanca - Préfixe 2805011

Code INPE : 093000214
AWB - Agence Rue Nassih Eddine
RIB : 007 780 0003555000000328 25



Dr. BENMILOUD 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

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

2101270011 – Mme EL GOUNRI EP KHATMI Atika

BILAN ENDOCRINIEN

TSH Ultra-sensible

(ECLIA-Cobas411-Roche) limite de
détection: 0.005 μ UI/ml)

3.900 μ UI/mL

24-06-2020

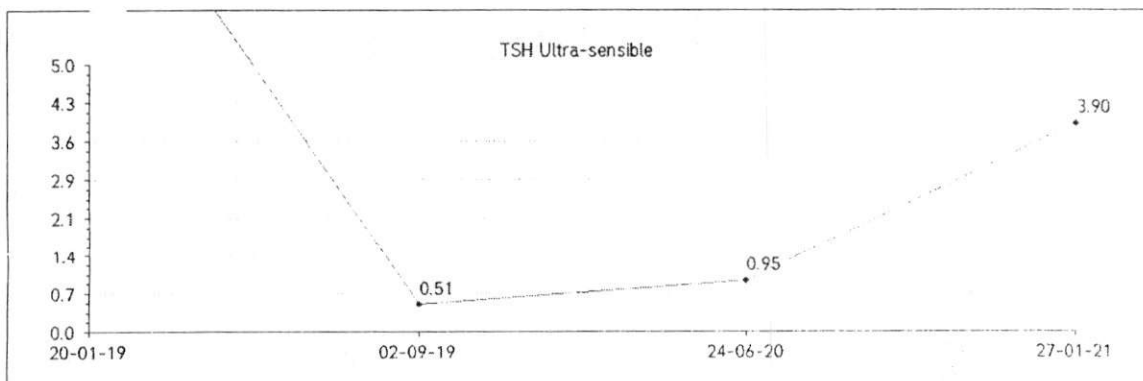
0.951

Interprétation:

Euthyroïdies : 0.27 à 4.2 μ UI/mL

Hyperthyroïdie : TSH < 0.1 μ UI/mL

Hypothyroïdie : TSH > 5.0 μ UI/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. BENMILOUD Loubna

LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MÉDICALES

Dr. BENMILOUD

240, Bd Brahim Roudani (ex Route d'El Jadida) Maarif Extension, Casablanca.

Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61

Patente: 35805014

240, Bd Brahim Roudani (ex Route d'El Jadida) Maarif Extension, Casablanca. (طريق الجديدة) شارع إبراهيم الرواداني

Tel : 0522 25 78 25 / 0522 25 39 61 • Fax : 0522 98 84 94 • Urgences : 0668 181 182 • E-mail : labosqalli@gmail.com

IF : 18801592 • TP : 35805014 • ICE : 001728083000020 • CNSS : 4981008 • CODE INPE : 093000214

Dr. BENMILOUD 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

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

Date du prélèvement : 27-01-2021 à 09:14
Code patient : 1901200004
Né(e) le : 09-09-1963 (57 ans)

Mme EL GOUMRI EP KHATMI Atika
Dossier N° : 2101270011
Prescripteur : Dr Joelle BELQADI CARIU



ASPECT DE SERUM

Aspect du sérum : Normal

BIOCHIMIE SANGUINE

Créatinine

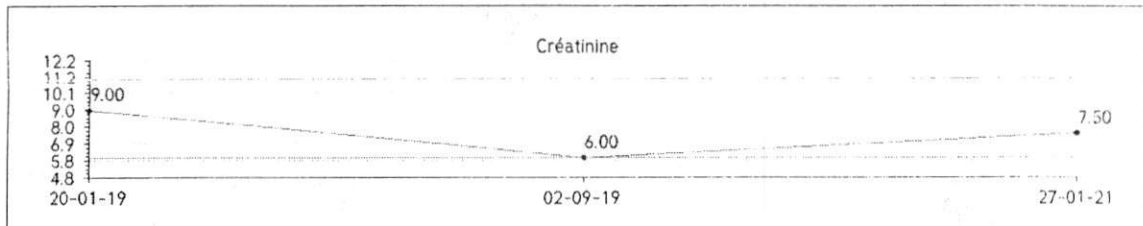
(Créatine compens JAFFE – Konelab 30 – Thermo
fisher)

7.5 mg/L (6.0–11.0)
66.4 µmol/L (53.1–97.3)

02-09-2019

6.0

53.1



Validé par : Dr. BENMILOUD Loubna

LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MÉDICALES
Dr. BENMILOUD Loubna
240, Bd Brahim Roudani (ex Route d'El Jadida) Maarif Extension, Casablanca. (طريق الجديدة)