

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-729875

24/10/09



|   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique      |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)              |  | Société :                             |
| Matricule : 2708                            | Nom & Prénom : KHATMI ABDELLAH                   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Actif              | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :      |
| Date de naissance : 08/02/58                |  | Adresse :                             |
| Tél. : 05 22 20 45 45                       |  | Total des frais engagés : 1056,50 Dhs |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

|   |   |  |
|---|---|--|
| Cadre réservé au Médecin  | Date de consultation : 16/02/2012         | Age : 60 ans                               |
| Cachet du médecin :   | Nom et prénom du malade : KHATMI ABDELLAH |  |
| Lien de parenté : Lui-même  | <input type="checkbox"/> Conjoint         | <input checked="" type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Hypertension artérielle et diabète sucré avec carence en vitamine B12  |   |  |
| 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 : 24/10/09  
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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11.10<br>2012   | G                 | -                     | 8                               | INP :<br><b>INPE: 095339412</b>                                |
| 26.11<br>2012   | G                 | + 1                   | 250,00                          | <i>ENDODONTIE<br/>EXTRADENTAIRES<br/>CARTON</i>                |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la facture |
|--|------------|-----------------------|
| <i>Dr. Nabil Benmiloud</i><br>Dr. Nabil Benmiloud<br>Bd. Brahim Roudani<br>Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 39 61 | 21/11/2012 | 264,60                |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue  | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|------------|------------------------------|------------------------|
| <i>LABORATOIRE SCALI D'ANALYSES MEDICALES<br/>Dr. BENMILLOUD</i><br>240, Bd Brahim Roudani Madrif<br>Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 39 61 | 12/10/2012 | B 530 =                      | 730,00 DH              |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

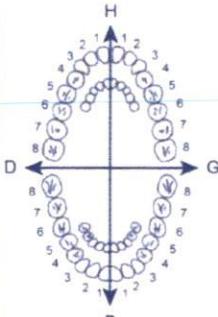
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

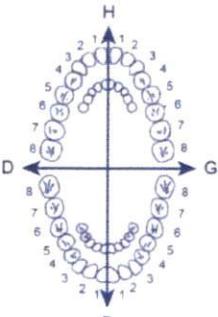
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>   |
|---|----------------|------------------|-------------|--|
|  |                |                  |             | <input type="text"/><br>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   |                |                  |             | <input type="text"/><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|   |                |                  |             | <input type="text"/><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|   |                |                  |             | <input type="text"/><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
|   |                |                  |             | <input type="text"/><br>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   |                |                  |             | <input type="text"/><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|   |                |                  |             | <input type="text"/><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|   |                |                  |             | <input type="text"/><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |

**O.D.F PROTHESSES DENTAIRES**



**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
|   | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
|   | 35533411 | 11433553 |
| B |          |          |

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

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

mme KHATMI Abir

Casablanca, le : 21 / 11 / n.

$13,4 \times 10$

$\frac{1}{1} \text{ } \frac{6,6 \times 10}{1}$  LEVOTHYROX 50  
 $\frac{1}{1} \text{ } \frac{25}{25}$

+ 1cp = 75 mg - jeûn  
+ 1cp = 14 mg - Tous les jours -

$37,6 \times 15$  Hydrocortisone 10 mg

1 cp vers 8<sup>h</sup>

1 cp  $\frac{1}{2}$  vers 16<sup>h</sup>.

bow 6 mon

764,50

Dr. Joëlle CARIOU-BELQADI  
Dr. Nafissa Benmoula  
Bnaya El Manar  
119, Bd. Bir Anzarane  
Maârif - CASABLANCA  
Tél: 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84  
E-mail : carioujoelle@yahoo.fr

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



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

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

Mr KHATMI Abir

Casablanca, le : ..... 10.06.08

urine femme 8<sup>h</sup> et 16<sup>h</sup>

creatinine

T81400

601893

مختبر الصقل للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE SQUALL D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. BENMLOUD  
240, Bd Brahim Roudani Maârif  
Tél: 05 22 23 78 25 / 05 22 25 39 01  
Casablanca - Matente: 35805014

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle  
ASSOCIATION  
179, Bd. BIR ANZARANE  
Maârif - CASABLANCA

119، شارع بئر أنزاران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعارض - 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 - ICE : 001634169000021



# مختبر الصقلی للتحليلات الطبية

## Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales

Laboratoire certifié ISO 9001 V.2015



Dr. BENMILLOUD 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

7j/7

Prélèvements à domicile  
sur rendez-vous

**FACTURE N° : 221000165**

CASABLANCA le 12-10-2022

Mlle KHATMI Abir

### Récapitulatif des analyses

| CN   | Analyse             | Val  | Clefs |
|------|---------------------|------|-------|
| 9105 | Prélèvement sanguin | E25  | E     |
| 0111 | Créatinine          | B30  | B     |
| 0153 | Cortisol            | B250 | B     |
| 0153 | Cortisol            | B250 | B     |

Total des B : 530

TOTAL DOSSIER : 730.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cent trente dirham .

مختبر الصقلی للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MÉDICALES  
DR. BENMILLOUD  
240, Bd Brahim Roudani Maarif  
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61  
Casablanca - 22000 - 35805014

Code INPE : 093000214

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





# مختبر الصقلی للتحاليلات الطبية

## Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales

Laboratoire certifié ISO 9001 V.2015



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

7j/7

Prélèvements à domicile  
sur rendez-vous

Date du prélèvement : 12-10-2022 à 09:22

Code patient : 1809220016

Né(e) le : 30-06-1998 (24 ans)



Mlle KHATMI Abir

Dossier N° : 2210120019

Prescripteur : Dr Joelle BELQADI CARIOU

### ASPECT DE SERUM

Aspect du sérum : Normal

### BIOCHIMIE SANGUINE

#### Créatinine

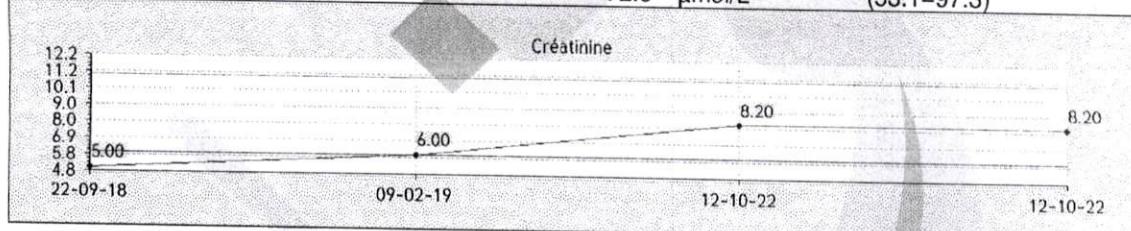
(Créatine Enzymatique –Respons 920 Diasys)

12-10-2022

8.2

8.2 mg/L  
72.6 µmol/L

(6.0–11.0)  
(53.1–97.3)



#### CLAIRANCE DE LA CREATININE ESTIMÉE (formule MDRD)

(MDRD =Modification of Diet in Renal Disease)

#### Clairance:

(Clairance de la créatinine estimée pour un patient caucasien)

12-10-2022

91

91 mL/min

(>60)

#### Classification de la maladie rénale chronique :

- G1 : Clairance normale : > ou = à 90mL/min
- G2 : Clairance légèrement abaissée : 60–89mL/min
- G3a : Clairance légèrement abaissée à modérément abaissée : 45–59mL/min
- G3b : Clairance modérément à sévèrement abaissée : 30–44mL/min
- G4 : Clairance sévèrement abaissée : 15–29mL/min
- G5 : Insuffisance rénale terminale : < à 15 mL/min.

Validé par : Dr. BENMLOUD Loubna

مختبر الصقلی للتحاليلات الطبية  
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. BENMLOUD

Prélèvements à domicile  
 sur rendez-vous

**Dr. BENMILLOUD 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

2210120019 – Mlle KHATMI Abir

## BILAN ENDOCRINIEN

### Cortisol à 8H

(ECLIA – Cobas e 411 – Roche)

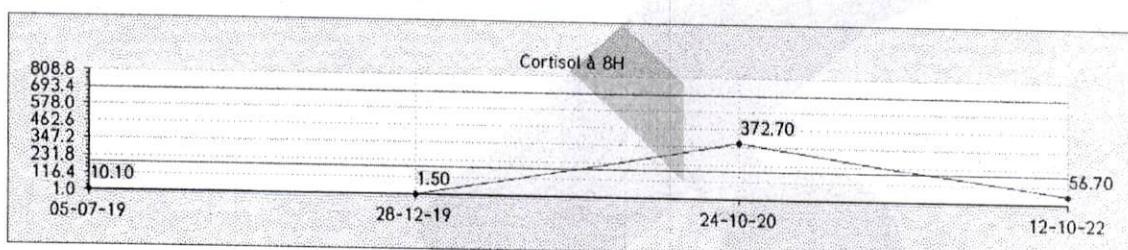
Résultat techniquement contrôlée sur le même prélèvement

**56.7 nmol/L**

(190.0–685.0)

24-10-2020

372.7



### Cortisol 16H

(ECLIA – Cobas e411 – Roche)

Résultat techniquement contrôlée sur le même prélèvement

**769.0 nmol/L**

(165.0–300.0)

24-10-2020

122.3

Validé par : **Dr. BENMILLOUD Loubna**

مختبر الصقلی للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BENMILLOUD

240, Bd Brahim Roudani Maârif

Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61

Casablanca, Maroc - Code postal: 35805014

240, Bd Brahim Roudani (ex Route d'El Jadida) Maârif Extension. Casablanca. (طريق الجديدة) ماروك

Tél : 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