

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

- Réclamation : 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 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-729877

242089

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2708 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KHAMMI ABDULMAN
 Date de naissance : 08/02/1978
 Adresse : el
 Tél. : 61 Total des frais engagés : 3790, - Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. CARIOU - BELGADI Joelle

Cachet du médecin : ENDOSCRINOLOGUE
 119, Bd. El Anzarane
 Maârif - CASABLANCA
 Date de consultation : 10/02/2019
 Nom et prénom du malade : EL GOMMI ATIKA Age : 1963
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Hypertension HTA
 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 : 10/02/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| 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 |
| 22/10/22 | C | 1 | 2580,00 | <p>Dr. CARIOU - BELQADI J</p> <p>119, Ed. B. Anzari</p> <p>Maarif - CASABLANCA</p> |
| 22/10/22 | C | 9 | 2580,00 | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <p>Pharmacie El Maarif</p> <p>Dr. Naïve Benani</p> <p>240, Ed. B. Anzari</p> <p>Tel: 05 22 53 28 29</p> | 21/11/22 | 2580,00 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| <p>مختبر الصقل للتحليلات الطبية</p> <p>LABORATOIRE SQUAL D'ANALYSES MEDICALES</p> <p>Dr. GENMILLOUD</p> <p>240, Ed. B. Anzari</p> <p>Tel: 05 22 53 28 29</p> | 12/10/22 | 5700,- | 9600,00 |

| 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 canaux, 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 | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 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

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

EL GOMRI Atika

Casablanca, le : 25/11/22

24,40 x 15
LEVOTHYrox 100 µg
" 25 1 cp } = 125 µg

6,8 x 9,5
98,10 x 10
87,00 x 12
COGNEL SIS 1h cp

Relaxium 300 mg 1 cp

Loew Gmoh

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGUE

119, Bd. Bir Anzarane

Maârif - CASABLANCA

2580,00

صيدلية المناسك
Pharmacie El Manak
Dr. Housseine Bennani
320, Bd. Oum Erraïli, Oufra
Tél.: 05 22 33 26 29

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

[illegible]

Dr. CARIU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوييل

اختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

M^{re} El Goumri Aïche

Casablanca, le : 12/12/2022

TSHus

vir 93

Dr. CARIU - BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGUE

119, Bd. Bir Anzarane

Maârif - CASABLANCA

مختبر الصغالي للتحاليل الطبية
LABORATOIRE SOUSSI D'ANALYSES MEDICALES
Dr. BENMILOU
240, Bd Brahim Rouadani Maarif
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61
Casablanca - Patente: 35805014

119، شارع بئر انزران - اقامة 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 - Maarif - 20100 CASABLANCA
Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - E.mail : carioujoelle@yahoo.fr - ICE : 001634169000021

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° : 221000161

CASABLANCA le 12-10-2022

Mme EL GOUMRI EP KHATMI Atika

| Récapitulatif des analyses | | | |
|----------------------------|---------------------|------|-------|
| CN | Analyse | Val | Clefs |
| 9105 | Prélèvement sanguin | E25 | E |
| 0164 | TSH us | B250 | B |
| 0439 | Vitamine D | B450 | B |

Total des B : 700

TOTAL DOSSIER : 960.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cent soixante dirham .

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES
Dr. BENMILOUD
240, Bd Brahim Roudani Maarif
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61
Casablanca - Port: 35805014

Code INPE : 093000214

AWB - Agence Rue Nassih Eddine

RIB : 007 780 0003555000000328 25



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 : 12-10-2022 à 09:14

Code patient : 1901200004

Né(e) le : 09-09-1963 (59 ans)

Mme EL GOUNRI EP KHATMI Atika

Dossier N° : 2210120015

Prescripteur : Dr Joelle BELQADI CARIOU

**BIOCHIMIE SANGUINE****25OH-Vitamine D total (D2+D3)**

(Chimiluminescence – COBAS E411– Roche)

Résultat techniquement contrôlée sur le même prélèvement

25.44 ng/ml

(30.00–100.00)

24-06-2020

60.31

64 nmol/L

(75–250)

151

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)

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

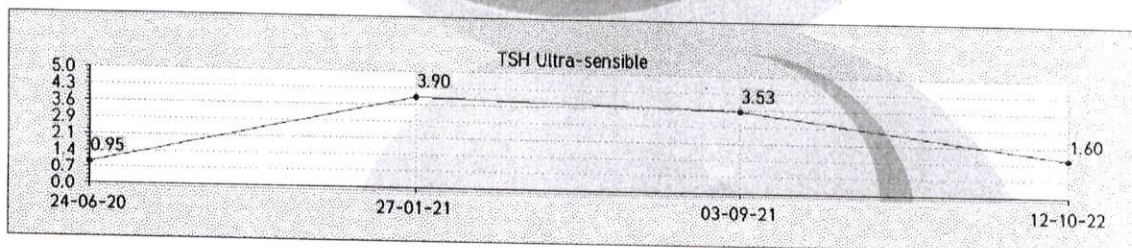
1.600 µUI/mL

03-09-2021

3.530

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.

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES
Validé par Dr. BENMILOUD Loubna
240, Bd Brahim Roudani Maarif
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61
Casablanca - Patente: 35805014