

RÉCOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie
M23-001599

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

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

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2091 Société : AGFSCC
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : DINA BENADAR Ep BELGHAOUI H.
 Date de naissance : 2-3-57
 Adresse : 64, Rue Imam Al Haramain CASA
 1^{er} étage App1 Naarif
 Tél. : 062373031 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/06/23
 Nom et prénom du malade : H. KRAMAR Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Hypertension
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie
 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 : 16/06/23
 Signature de l'adhérent(e) :

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
12-06-23		2	300	
14-06-23		2	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/06/23	092 056 753 60,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 LABORATOIRE SQUALI D'ANALYSES MÉDICALES Dr. BENMILOUD 240, Bd Brahim Roudani Maarif Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61 Casablanca - Patente: 35805014	12.06.23	B530-	650,00

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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'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



الدكتور خالد دمبري

إختصاصي في أمراض الغدة و السكري و التغذية

الفحص بالصدى

مرض السكري و الغدة الزرقية

الضغط الدموي، الكولسترول، الدهون

فقدان الشهية، اضطرابات النمو، البلوغ و الجنس

سن اليأس، العقم عند الرجل و المرأة

العلاج الكامل للسمنة

Casablanca, le : 14.06.23 : في الدار البيضاء، هي

M. Benmar DJMS

13.40
x2



Levothyrox 50



6.80 x 2
Pharmacie Univers Sante
AMALI
El Oufir
06 - Casa
Tél: 05 22 23 37 91



Levothyrox 25



14/6/23

M. Benmar DJMS

DR. KHALED DEMBRI
9, Rue Al Kadi Lass au 2ème étage (face Ecole Bienfaisance à côté de la Commune Maârif) - Casablanca
Tél.: 05 22 23 37 91 - Fax : 05 22 23 42 15 - GSM/(Si Urgence) : 06 61 63 32 50

شارع القاضي اياس الطابق الثاني، المعاريف - الدار البيضاء - جماعة المعاريف

9, Rue Al Kadi lass au 2eme étage (face Ecole Bienfaisance à côté de la Commune Maârif) - Casablanca

Tél.: 05 22 23 37 91 - Fax : 05 22 23 42 15 - GSM/(Si Urgence) : 06 61 63 32 50

E-mail : kdembri@hotmail.com/ khaled1966@yahoo.fr - Site Web : www.dembri-encocrino.com



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

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^{ème} étage à côté de
Mac Donald's Casablanca
Kdembri@hotmail.com

Nom : Benamar

Prénom : Dina

Indication : Goitre nodulaire

Faire svp : NFS + TSHus + Ac AntiTPO

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

12/106
12-26-23
Dr. DEMBRI Khaled
Endocrinologie - Diabétologie et Nutrition
9. Rue Kadi Iass - Casablanca
Tél : 05 22 23 37 91 - Fax : 05 22 23 42 15

ختبر المناعي
LABORATOIRE
DR. BENMILLOUD
240, Bd Brahim Roudani Maârif
Casablanca - Tél : 05 22 25 39 66

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 hôpitalière et prévention des infections nosocomiales

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

FACTURE N  : 230600213

CASABLANCA le 12-06-2023

Mme BENAMAR EP BELGNAOUI Dina

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0164	TSH us	B250	B
0216	Numération formule	B80	B
	Ac Anti-Thyroperoxydase (Anti-TPO)	B200	B

Total des B : 530

TOTAL DOSSIER : 650.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent cinquante dirham .

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MÉDICALES
Dr. BENMILOUD
240, Bd Brahim Roudani Maârif
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61
Casablanca
N  de réf. : 35805014

Code INPE : 093000214

AWB - Agence Rue Nassih Eddine
RIB : 007 780 000355500000328 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 hôpitalière et prévention des infections nosocomiales

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

Date du prélèvement : 12-06-2023 à 11:54

Code patient : 1805190007

Né(e) le : 02-03-1957 (66 ans)



Mme BENAMAR EP BELGNAOUI Dina

Dossier N° : **2306120027**

Prescripteur : Dr Khaled DEMBRI

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (SYSMEX XS-1000i)

"Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe, état physiologique du patient(e)"

Hématies :	4.66	M/mm ³	(3.85-5.20)
Hématocrite :	41.30	%	(35.00-45.50)
Hémoglobine :	14.10	g/dL	(11.80-15.80)
VGM :	89	fL	(80-101)
TCMH :	30	pg	(27-34)
CCMH :	34	g/dL	(28-36)
Leucocytes :	9 540	/mm ³	(3 600-10 500)
Polynucléaires Neutrophiles :	54	%	
Soit:	5 152	/mm ³	(2 000-7 500)
Lymphocytes :	31	%	
Soit:	2 957	/mm ³	(1 000-4 000)
Monocytes :	9	%	
Soit:	859	/mm ³	(<1 100)
Polynucléaires Eosinophiles :	5	%	
Soit:	477	/mm ³	(0-600)
Polynucléaires Basophiles :	1	%	
Soit:	95	/mm ³	(0-150)
Plaquettes :	297 000	/mm ³	(150 000-450 000)
Commentaire :	Hémogramme normal.		

Validé par : **Dr. BENMILOUD Loubna**

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES
Dr. BENMILOUD
240, Bd Brahim Roudani Maarif
Tél: 0522 25 78 25 / 05 22 25 39 61
Fax: 0522 98 84 94
Urgences: 0668 181 182
E-mail: labosqalli@gmail.com
Patiente: 3580504
Page 1 / 2


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 hôpitalière et prévention des infections nosocomiales

 Prélèvements à domicile
 sur rendez-vous

2306120027 – Mme BENAMAR EP BELGNAOUI Dina

BILAN ENDOCRINIEN
TSH Ultra-sensible

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

2.070 µUI/mL

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.

AUTO-IMMUNITE
Ac anti-Thyroperoxydase (Anti-TPO)

(Technique Chimiluminescence)

Résultat techniquement contrôlée sur le même prélèvement.

2 000.00 UI/mL

(0.00–34.00)

Validé par : Dr. BENMILOUD Loubna

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BENMILOUD Loubna

240, Bd Brahim Roudani, Maarif

Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61

Casablanca - Patente: 35805014