

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

- 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 : 12530 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : QUINNESS, WILLIAM

Date de naissance : 01/12/1984

Adresse : Res. JOHN TAMARIS 2M3 Appt C3
DAR Bouazza 27A

Tél. : 06.79.43.25.34 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 

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 : Casa blanca

Le : 14/02/2023

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

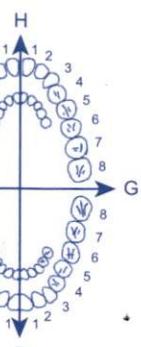
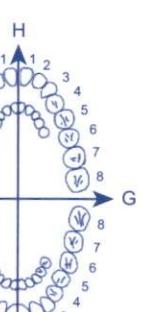
AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Biograpiste responsable : François CORNU			Biologistes médicaux :		
J.C. AZOULAY	L. DRUART	M. HERVO	X. NAUDOT	O. ROUALDES	
A. BARBRY	T. DURAND	L. JASSERAND	M. NOUCHY	C. SAULT	
T. BENQUEY	A. EBEL	V. LE	A. OVIZE	B. SCHUBERT	
C. BOURDIN	D. ENGERAND	L. LEFLEM	G. PANTEIX	D. SCIORTINO	
C. BOUZ	ME. FORAY	A. LIQUIER	L. PELLEGRINA	A. SOARES	
E. CART-TANNEUR	A. FORCE	A. MARCILLY	A. PETIT	L. STROMPF	
C. COIGNARD	B. GERARD	N. MEKNACHE	I. PETIT	S. TAPIA	
N. COUPRIE	L. GUIS	J. MORTREUX	B. QUILICHINI	J.M. VANDERNOTTE	
H. DESSUANT	H. HAJJI	ME. NAUD	L. RAYMOND	X. VANHOYE	

AUTORISATIONS : Activités de diagnostic prénatal : analyses de cytogénétique, y compris moléculaire ; analyses de génétique moléculaire ; analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses y compris de biologie moléculaire ; analyses de biochimie y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels ; Examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou de son identification par empreintes génétiques ; Activité biologique d'assistance médicale à la procréation ; Autorisation de détentio et/ou d'utilisation de sources de rayonnements ionisants à des fins de médecine nucléaire.

Dossier : 20787 **28125-15.02.23**

Enregistré le 15 Février 2023, à 13h24

Édité le 20 Février 2023, à 16h56

Demandé par le LBM BIR ANZARANE

MR A. AZEDDOUG, 117, BD BIR ANZARANE, 20100 CASABLANCA-MAROC

Transmis par : LBM BIR ANZARANE

Références : **2302141022**

MA017 – C – 2078728125

LBM BIR ANZARANE

Mr A. Azeddoug

117, BD BIR ANZARANE

20100 CASABLANCA-MAROC (F)

Exemplaire destiné au correspondant

Résultat d'analyse : **Madame OUINESS, ILHAM**

Née le 01 Décembre 1984, âgée de 38 ans

Prélèvement du **14 Février 2023 à 09h10**



ACCREDITATION
N° 8-1100
Liste des sites accrédités
et portée disponibles sur
www.cofrac.fr

DR HAMOUMI CHAUVET LILIA

DEPISTAGE COMBINE DE LA TRISOMIE 21 FOETALE AU 1ER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE

PAPP-A	1540, 0	mU/I	soit	0, 44	MoM
hCG-béta	38, 4	U/I	soit	1, 37	MoM
Clarté nucale	1, 2	mm	soit	0, 70	MoM

RISQUE combiné de TRISOMIE 21 au 1er trimestre : 1/398

Risque compris entre 1/51 et 1/1000 : La patiente appartient à un groupe pour lequel un dépistage de la de Trisomie 21 par ADN foetal libre circulant est à proposer. Le calcul du risque combiné tient compte de la clarté nucale.

Merci de vérifier les renseignements intervenant dans le calcul du risque :

Date de naissance	01/12/84
Date de prélèvement	14/02/23
– Date de l'échographie	13/02/23
– Longueur crâno-caudale (LCC)	72,3 mm
– Clarté nucale (CN)	1,2 mm
– Age gestationnel le jour du prélèvement en fonction de la LCC (Logiciel LC)	13,2 SA
– Poids kg (NP si non précisé)	70,5
– Tabac (NP si non précisé)	non
– Origine géographique	Europe/Afrique du Nord
– Grossesse	Monofoetale

Ce compte rendu ne peut être remis à la patiente que par l'intermédiaire du prescripteur.
Ce calcul statistique permet d'évaluer un risque et non d'affirmer ou d'exclure une Trisomie 21.

Réactifs AutoDelfia Perkin Elmer, Logiciel LifeCycle (Marqué CE)

Autorisation Ministérielle du 23 Juillet 1998

Conformément à la législation nous transmettons ce résultat au prescripteur et, pour le dépistage au 1er trimestre, à l'échographiste.

Validé par : Dr Alain LIQUIER – Tél. 04 72 80 73 75

Dossier complet

F. CORNU
François CORNU

La présentation de nos résultats a changé : désormais, chaque analyse est suivie de la mention « validé par », qui vaut signature informatique du biologiste concerné.



Prescripteur : Dr LILIA HAMOUMI CHAUVET

Dossier ouvert le : 14-02-2023 09:05

Édité le : 21-02-2023

Réf : 2302141022

Mme OUINESS Ilham

Compte Rendu d'Analyse

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2 020/85901

Page 1 / 1

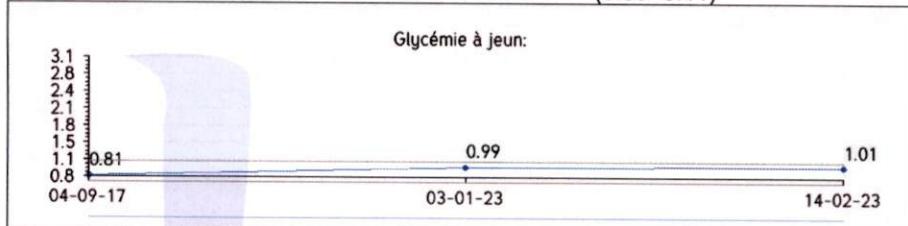
BIOCHIMIE SANGUINE

Roche Cobas 6000

03-01-2023

Glycémie à jeun: 1.01 g/L (0.70-1.10)
(Soit:) 5.61 mmol/L (3.89-6.11) 0.99

Glycémie à jeun:



ANALYSES TRANSMISES

Trisomie 21 – DT + clarté nucale : ⁽¹⁾

Analyse transmise à un laboratoire externe. Voir
Compte rendu ci-joint.

(1) Labo. exécutant : BIOMNIS – ()

Fin du compte rendu

Dr N. BAAJ
Pharmacien biologiste

Biologistes Responsables :
- Dr. A. AZEDDOUG
- Dr. N. BAAJ

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901
Dossier Valide

Suivi des grossesses normales et à haut risque
Accouchement
Echographie Gynécologique et Obstétricale
Chirurgie Gynécologique
Cœliochirurgie - Hystéroskopie - Colposcopie
Maladies et Cancer du sein
Ménopause
Infertilité du couple



رعاية ومراقبة الحمل
التوليد
الفحص بالصدى الصوتي
جراحة أمراض النساء
التشخيص و الجراحة بالمنظار
جراحة أمراض و سرطان الثدي
سن اليأس
العقم للزوجين

Ordonnance

Casablanca le : 13.08.2023

Mme/Mlle :

OUINNESS ILHAIR

الدار البيضاء في :

DDR 16.11.2023.

Triple test

لـ Jusqu'à

20.08.2023

max

135046

Centre de Diagnostic
de Laboratoire
Dr. Lilia Hamoumi Chauvet



MARQUEURS SERIQUES MATERNELS

Au 1^{er} ou 2nd TRIMESTRE

Informier la patiente

Renseigner vos coordonnées et n° d'appartenance réseau échographiste

Renseigner les données échographiques et remplir la fiche de renseignements cliniques

Choisir la stratégie de dépistage

Signer le formulaire au verso

Faire signer le consentement par la patiente

Conserver une copie du consentement signé par la patiente

Faire prélever 5 ml de sang sur tube sec EXCLUSIVEMENT

Centrifuger et décanter rapidement, conserver à + 4 °C

Transmettre le prélèvement et ce document au laboratoire Cerba

S'assurer que la patiente a signé le consentement au verso

Si la transmission est supérieure à 2 jours, conserver congéle à -20 °C

Lire l'information

Signer le consentement

Faire pratiquer le prélèvement sanguin dans votre laboratoire habituel

NB : Après anonymisation, les données recueillies sont transmises à l'Agence de Biomédecine et analysées pour évaluer ces stratégies de dépistage de la trisomie 21 fœtale.

Dépistage combiné au 1^{er} trimestre

NABM : 4006/B185

Prélèvement entre 11,0 et 13,6 S.A. : le plus tôt possible après l'échographie

- monofoetale UNIQUEMENT ;
- n° d'appartenance au réseau OBLIGATOIRE
- renseignements échographiques joints.

Dépistage séquentiel intégré au 2nd trimestre

NABM : 4005/B155

Prélèvement entre 14,0 et 17,6 S.A.

- monofoetale UNIQUEMENT ;
- n° d'appartenance au réseau OBLIGATOIRE
- renseignements échographiques joints.

Marqueurs sériques maternels au 2nd trimestre

NABM : 4004/B125

Prélèvement entre 14,0 et 17,6 S.A.

LE CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE A LA
REALISATION EN VUE DE DIAGNOSTIC PRENATAL *IN UTERO*
DE L'EXAMEN MENTIONNE A L'ARTICLE R.2131-1 DU CODE DE
LA SANTE PUBLIQUE DOIT IMPERATIVEMENT ETRE COMPLETE
ET SIGNE PAR LA PATIENTE AU VERSO DE CE DOCUMENT
AVANT LE PRELEVEMENT SANGUIN

DOCUMENT A CONFIER A LA PATIENTE POUR ETRE TRANSMIS AU CENTRE DE DIAGNOSTIC ANTENATAL

N° d'identification 09 11 85314 Clé
 (zone obligatoirement renseignée)

N° Réseau
 (zone obligatoirement renseignée)

CACHET OBLIGATOIRE

Date de naissance : 01/12/1984

Date échographie : 13/02/2023

Longueur crano-caudale : 723 mm

Mesure clarté nucale : 112 mm

N° d'identification 09 11 85314 Clé
 (zone obligatoirement renseignée)

CACHET

Date début de grossesse : 30/11/2022 (confirmée par l'échographie)

Nombre de fœtus : 1

Poids de la patiente : 70,5 kg (au moment du prélèvement)

Antécédent au cours d'une précédente grossesse pour la patiente :
 - Trisomie 21 : non oui
 - Non fermeture du tube neural : non oui

Fumeuse : non oui nb. cig/j 1

Origine géographique : Europe Afrique du nord

Afrique sub-saharienne/Antilles Asie mixte

Dépistage combiné au 1^{er} trim.

Grossesse monofœtale UNIQUEMENT :
 Renseignements écho, joints + n° réseau
 Prélèvement entre 11,0 et 13,6 S.A. (juste après l'écho)

Soit ENTRE le 01/02/2023 11:54
 et le 21/02/2023 13:54:06

Dépistage séquentiel intégré au 2nd trim.

Grossesse monofœtale UNIQUEMENT :
 Renseignements écho, joints + n° réseau
 Prélèvement entre 14,0 et 17,6 S.A.

Soit ENTRE le
 et le

Marqueurs sériques maternels au 2nd trim.

Prélèvement entre 14,0 et 17,6 S.A.

Soit ENTRE le
 et le

Nom : OUI NGSS

Prénom : ILHAIP

Adresse : N° Rue

Code Postal :

Ville : Coquelinca

Je soussignée

- atteste avoir reçu, du médecin ou de la sage-femme (nom, prénom)
 au cours d'une consultation médicale en date du

des informations sur l'examen des marqueurs sériques maternels dont je souhaite bénéficier :

- cet examen permet d'évaluer le risque que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;
- une prise de sang est réalisée au cours d'une période précise de la grossesse ;
- un calcul de risque de trisomie 21 est effectué ; il prend notamment en compte les données de l'échographie prénatale du premier trimestre, lorsque ces résultats sont disponibles et que les mesures échographiques sont estimées fiables ;
- le résultat est toujours exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. Ce risque ne permet pas à lui seul d'en établir le diagnostic ;
- le résultat du calcul de risque me sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur ou un autre praticien ayant l'expérience du dépistage prénatal ;
- si le risque est faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de trisomie 21 ou d'une autre affection ;
- si le risque est élevé, un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang fœtal) me sera proposé. Seul le résultat du caryotype fœtal permettra de confirmer ou non l'existence de l'affection. Les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués.

Je consens à la réalisation du dosage des marqueurs sériques maternels.

Le dosage des marqueurs sériques sera effectué dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé à les pratiquer. L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical.

Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les dosages biologiques et, le cas échéant, le calcul de risque. Le laboratoire de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les dosages et, le cas échéant, le calcul de risque conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.

Date :

13/02/2023

Signature du médecin ou de la sage-femme :

Signature de l'intéressée :

FACTURATION
 à votre laboratoire à la patiente en tiers-payant
 (assurance maladie, mutuelle)

Fournir impérativement copies de la carte navette, de l'ordonnance, les coordonnées de la mutuelle, n° d'adhérent et période de validité.

N° de Correspondant :

CACHET

Suivi des grossesses normales et à haut risque
Accouchement
Echographie Gynécologique et Obstétricale
Chirurgie Gynécologique
Coeliochirurgie - Hystéroskopie - Colposcopie
Maladies et Cancer du sein
Ménopause
Infertilité du couple



رعاية و مراقبة الحمل
التوليد

الفحص بالصدى الصوتي
جراحة أمراض النساء

التشخيص والجراحة بالمنظار
جراحة أمراض و سرطان الثدي

سن اليأس
العمق للزوجين

Casablanca le:
Mme/Mlle:

13.02.2023
GUINNESS ILHAIR.

الدار البيضاء في:

- Groupage + Rhésus
- NFS-Plaquette
- Glycémie à jeun
- Hb glyquée
- HGPO/75g GLUCOSE -> cf
- Toxoplasmose
- Rubéole
- Syphilis
- Sérologie Hépatite B
- Sérologie Hépatite C
- VIH
- RAI
- Urée
- Créatininémie
- SGPT
- SGOT
- T3 T4 TSH
- Ferritinémie

- Ionogramme
- Cholestérol
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL
- Triglycérides
- Acide Urique
- TP-TCK / Bilan d'hémostase
- Fibrinogène
- ASLO
- CRP
- Vitesse de sédimentation
- ECBU
- Prélèvement vaginal + Recherche du streptocoque B
- Proteinurie de 24h
- Microalbuminurie
- Vit D + Ca+

Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE : 001748386000083
Patente : 35870583
IF : 01006693
CNSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie
RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 14-02-2023

Mme Ilham OUINESS

FACTURE N°	2302141022
------------	------------

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
0118	Glycémie	B30	B
	DEPISTAGE T21 1er trimestre	B600	B

Total de B : 630

TOTAL DOSSIER	869.20 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de : huit cent soixante-neuf dirhams vingt centimes

Le Laboratoire
d'Analyses
Bir Anzarane
Casablanca
Maroc