

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

- 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.

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° P19-0027103

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12530

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

GUINNESS ILLIAM

Date de naissance :

01/12/1984

Adresse :

RES. IBON TAMARIS IM 3 Apt C3
DAR BOUAZZA

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 : Casablanca

Le : 14 / 02 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	- Montant des Honoraires
	14/02/23	B: 630+M	869,200M

AUXILIAIRES MEDICAUX

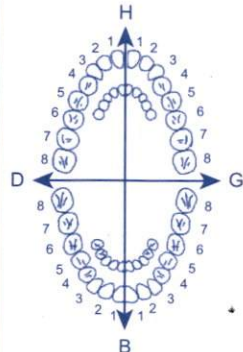
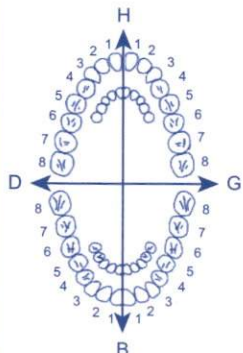
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	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

JC. AZOULAY
A. BARBRY
T. BENQUEY
C. BOURDIN
C. BOUZ
E. CART-TANNEUR
C. COIGNARD
N. COUPRIE
H. DESSUANT

L. DRUART
T. DURAND
A. EBEL
D. ENGERAND
ME. FORAY
A. FORCE
B. GERARD
L. GUIJ
H. HAJJI

M. HERVO
L. JASSERAND
V. LE
L. LEFLEM
A. LIQUIER
A. MARCILLY
N. MEKNACHE
J. MORTREUX
ME. NAUD

X. NAUDOT
M. NOUCHY
A. OVIZE
G. PANTEIX
L. PELLEGRINA
A. PETIT
I. PETIT
B. QUILICHINI
L. RAYMOND

O. ROUALDES
C. SAULT
B. SCHUBERT
D. SCIORTINO
A. SOARES
L. STROMPF
S. TAPIA
JM. VANDERNOTTE
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 détention 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

Edité 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 GUINESS, 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/l	soit	0,44	MoM
hCG-bêta	38,4	U/l	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 crânio-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

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

Edité 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

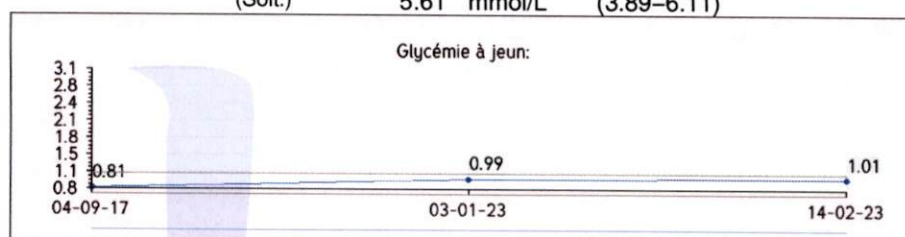
BIOCHIMIE SANGUINE

Roche Cobas 6000

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

03-01-2023

0.99



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

Biologistes Responsables :

- Dr. A. AZEDDOUG

- Dr. N. BAAJ

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

Dossier Valide

Dr N. BAAJ
Pharmacien/Biologiste

Dr. Lilia HAMOUMI CHAUVET

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

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



الدكتورة ليلية حمومي شوقي

إختصاصية في أمراض النساء و التوليد

رعاية و مراقبة 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 : الدار البيضاء في

Mme/Mlle : OUINNESS ILHAÏE

DD12 16 11 2022.

Triple test

La jus qu'à 21 08 2023

max

13SA06

laboratoire
de biologie
417, Bd. Anzar
Tél : 05 22 25 18 54
Fax : 05 22 25 18 54

60 زنقة نابلس الطابق 3 - شقة 11 - معاريف - الدار البيضاء

60, Rue Nablousse - 3ème étage - Appt 11 - Maarif Ext. Casablanca

E-mail : hamoumichaouvetlilia@gmail.com - Tél.: 05 22 25 18 54



Laboratoire
CERBA

MARQUEURS SERIQUES MATERNELS Au 1^{er} ou 2nd TRIMESTRE

Informez la patiente

Renseignez vos coordonnées et n° d'appartenance réseau échographiste

Renseignez les données échographiques et remplissez la fiche de renseignements cliniques

Choisissez la stratégie de dépistage

Signez le formulaire au verso

Faites signer le consentement par la patiente

Conservez une copie du consentement signé par la patiente

Faites prélever 5 ml de sang sur tube sec EXCLUSIVEMENT

Centrifugez et décanter rapidement, conservez à + 4 °C

Transmettez le prélèvement et ce document au laboratoire Cerba

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

Si la transmission est supérieure à 2 jours, conservez congelé à -20 °C

Lisez l'information

Signez le consentement

Faites 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.

STRATÉGIES DE DÉPISTAGE

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 : 72.3 mm

Mesure clarté nucale : 1.2 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 ☐ ☐

Origine géographique : Europe ☒ Afrique du nord ☐

Afrique sub-saharienne/Antilles ☐ Asie ☐ mixte ☐

α Dépistage combiné au 1^{er} trim.

Grossesse monofoetale 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 11SA

et le 21.02.2023 13SA06

Dépistage séquentiel intégré au 2nd trim.

Grossesse monofoetale 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 : OUINGSS

Prénom : ILHAIR

Adresse : N° ☐ ☐ ☐ ☐ Rue ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Code Postal : ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ville : CABELANCA

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 :

N° de Correspondant : ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

CACHET

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.

Suivi des grossesses normales et à haut risque
Accouchement
Echographie Gynécologique et Obstétricale
Chirurgie Gynécologique
Coeliocirurgie - Hystérocopie - 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
العقم للزوجين

Bilan Biologique

Casablanca le 3

13.02.2023

الدار البيضاء في :

Mme/Mlle :

GUINNESS ILHAIR.

☐ 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 Urrique

☐ TP-TCK / Bilan d'hémostase

☐ Fibrinogène

☐ ASLO

☐ CRP

☐ Vitesse de sédimentation

☐ ECBU

☐ Prélèvement vaginal + Recherche
du streptocoque B

☐ Protéinurie 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

Stamp:
Laboratoire d'Analyses
de Biologie Médicale
Bir Anzarane
117, Bd Bir Anzarane
20 100 Maarif - Casablanca
Tél : 05 22 99 46 63
Fax : 05 22 98 09 11