

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 Alial 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



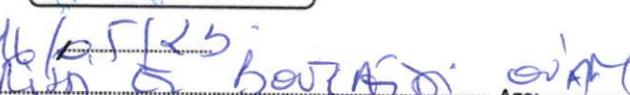
Déclaration de Maladie

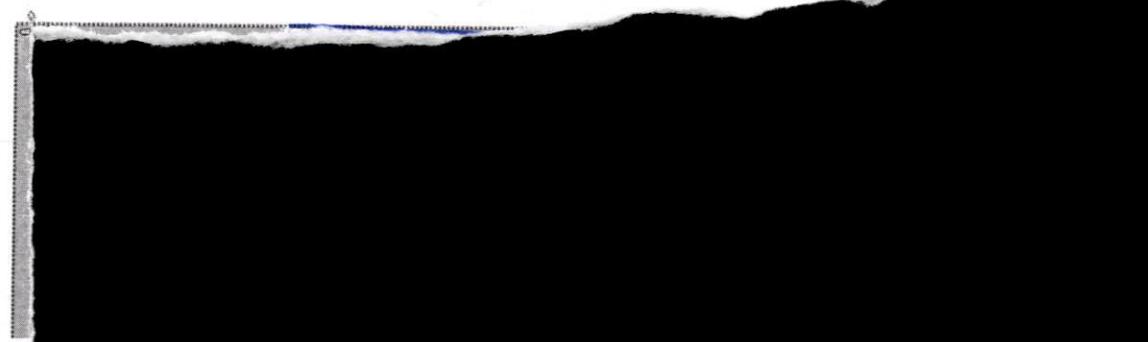
N° W21-801855

161355

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12613			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DRISSI EL BOUZAIDI OUIAM			
Date de naissance : 22/02/1988			
Adresse : Coop Ouhoud N° 21+C Hay gawich Ouedaya			
Tél. : 06 46 92 90 89 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. Khadija PROFESSIONNELLE Gynécologue Rue Al Yamboue Appartement 801 Tel. 05 37 70 09 19 M.P. N° 10167-3423			
Date de consultation : 16/02/2015			
Nom et prénom du malade : Dr. Khadija BOUAZZAOUI Age: _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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.			
 IMAI 2015			
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 :	Le : 16/02/2015		
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
16/01/2015	ECHOS		400,0000	INP : 11111111111111111111111111111111
01/02/2015				
23/02/2015				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/23	290,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		$ \begin{array}{r} H & 25533412 & 21433552 \\ D & 00000000 & 00000000 \\ & \hline & 00000000 & 00000000 \\ B & 35533411 & 11433553 \end{array} $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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					



Identifiant du patient : 18912

Date de naissance : 22/02/1988

Sexe : F

Du : 18/05/2023 à 10:59

Édité le : 18/05/2023 à 16:06

Mme DRISSI EL BOUZAIDI OUIAM

Dossier N° : 23NE0749

Docteur PIRO KHADIJA EP.MAHASSINI



IMMUNOLOGIE

SÉROLOGIE DE LA RUBÉOLE TYPE IgG

(Dosage CMIA/ARCHITECT Abbott-Seuil de positivité:10 UI/ml)

Date première détermination	:	18/05/2023.
Réaction	:	Présence d'Ac # rubéole.
Titre	:	21 UI/ml
Conclusion	:	Une deuxième détermination serait souhaitable 2 à 3 semaines pour surveiller le taux des anticorps.

SÉROLOGIE DE LA TOXOPLASMOSE TYPE IgG

(Dosage CMIA/ARCHITECT Abbott-Seuil de positivité:8 UI/ml)

Date première détermination	:	29/03/2023.
Réaction	:	Absence d'Ac # toxoplasmiques.
Titre	:	<5 UI/ml
Date deuxième détermination	:	18/05/2023.
Réaction	:	Absence d'Ac # toxoplasmiques.
Titre	:	<5 UI/ml
Conclusion	:	Nécessité d'un contrôle mensuel jusqu'au terme de la grossesse.

SEROLOGIE DE LA SYPHILIS

Origine du prélèvement	:	SANG.
VDRL quantitatif	:	Négatif.
TPHA quantitatif	:	Négatif.

Centre de Biologie
Riad Ennakhil
Dr. Hanane OUAHMANE
Pharmacienne Biologiste



Identifiant du patient : 18912

Date de naissance : 22/02/1988

Sexe : F

Du : 18/05/2023 à 10:59

Édité le : 18/05/2023 à 16:06

Mme DRISSI EL BOUZAIDI OUIAM

Dossier N° : 23NE0749

Docteur PIRO KHADIJA EP.MAHASSINI



BIOCHIMIE

GLYCEMIE POST-PRANDIALE : 0.78 g/L <1.40
(Dosage Enzymatique 37°C) 4.32 mmol/L

IMMUNOLOGIE

SEROLOGIE DE L HEPATITE "B"

ANTIGENE HBS : NEGATIF
(CMIA/ARCHITECT Abbott)

SEROLOGIE DE L HEPATITE "C"

ANTICORPS ANTI-HVC : NEGATIF
(Dosage CLIA/Liaison/Diasorin)

TEST DE DEPISTAGE DU VIH

Recherche de l'antigène p24 et des IgG anti VIH 1 (M et O) et/ou anti VIH 2 : NEGATIVE
(Technique : Combo/Architect/Abbott)

Centre de Biologie
Riad Ennakhil
Dr. Hanane OUAHMANE
Pharmacienne Biologiste

CENTRE DE BIOLOGIE RIAD ENNAKHIL

FACTURE N° : 5207/23

Dossier réalisé le : 18/05/23 10:59

A l'attention de : Mme DRISSI EL BOUZAIDI OUIAM
Identifiant du patient : 18912

Analyses :

Glycémie post-prandiale	B 30	40,20 Dhs
Sérologie de 'a Toxoplasmose IgG (2 ème détermination)	B 100	134,00 Dhs
Rubéole IgG 1 ère détermination	B 150	201,00 Dhs
Antigène HBs	B 120	160,80 Dhs
Sérologie de l'hépatite C, anticorps Anti-Hépatite C	B 300	402,00 Dhs
Test de dépistage du VIH	B 200	268,00 Dhs
TPHA quantitatif	B 100	134,00 Dhs
VDRL quantitatif	B 60	80,40 Dhs

Prélèvement :

Flacon/Tube	Pc 0	0,00 Dhs
Sang	Pc 1,5	25,00 Dhs

Total dossier : 1 445,40 Dhs

Mode de règlement : Carte bancaire

Banque : BANQUE POPULAIRE

Référence : 9666

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Quatre Cent Quarante Cinq Dirhams Quarante Centimes

Centre de Biologie
Riad Ennakhil
Secteur 11, Bloc Q, lot n° 5, Angle Avenue Ennakhil et Rue Attanoub,
Avenue Ennakhil et Avenue Attanoub
Hay Riad Rabat - Fax : 05 37 71 70 07
Tél : 05 37 71 40 71 / 05 37 71 53 54

Rabat le : 16/01/23

The Dresser Bonzai
outfit

FAIRE SVP :

- Centre de Biologie Riad Ennakhil**
Boutiquier 11, Bloc Q, lot N°5 Angle
Avenue Annakhil et Avenue du Maroc
Hay Riad Rabat - Fax : 05 37 71 70 07
Tél : 05 37 71 40 71 / 05 37 21 53 54

 - 1- SEROLOGIE DE TOXOPLASMOSE
 - 2- SEROLOGIE DE RUBEOLE
 - 3- TPHA VDRL
 - 4- GAJ GPP
 - 5- Ag HB s + SEROLOGIE HEPATITE C
 - 6- GROUPAGE RHESUS
 - 7- NFS
 - 8- HIV1-2
 - 9- TSH

*Dr. Khadija Jibril, MD, MAHASSINE
Gynécologue - Obstétricienne
Al Yamouda Rd N°79 Rabat
Tel. 05 37 00 07 13
P.N° 10107123*

الدكتورة خديجة بيرودي

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

82,30

40,00

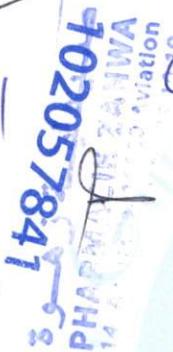


date : 16/5/25

M^o Drissi Dr. Soufiani
Swiaty

40,00 x 2

11



82,30

Gynodermofil ongle

100 g ce soit
100 ml vendredi

21

Dermofil creme

1app 24h suff.

123,00

31

Bisantial

1g/1j

= 290,30

Dr. Khadija PIRO
Gynecologue Obstétricienne
3, Rue Al Yanbou - Casablanca
Tél. 05 37 70 09 79 - Face Bab Soubra
INP N° 101071843



Scannez moi

LOT: 2302014
FAB: 02/2023
EXP: 02/2026
PVC: 123.00DH

Dr Khadija PIRO ep. MAHASSINI
Gynécologie - Obstétrique
Accouchement
Chirurgie Gynécologique

الدكتورة خديجة بير و مهاسني
احتفاقيه في أمراض النساء والتوليد

Rabat le : ١٦/٥/٢٣

Mme DRISSE EL BOUZAHIDI ou AY

Reçu D'ECHOGRAPHIE

400.00 DH

QUATRE CENT DIRHAMS

Dr. Khadija PIRO ep. MAHASSINI
Gynécologie - Obstétrique
Accouchement
Chirurgie Gynécologique
Bab Souleymane
Tél: 05 37 70 09 79 - Rabat
INP N° 121074453



Obstétrique Report

Dr.PIRO Khadija

Service d'obstétrique et de gynécologie
Exemples d'utilisation E218 et accès sur site
www.sante.gouv.fr
www.sante.gouv.fr
www.sante.gouv.fr

Obstétrique Rapport

Page 1/2

Dr.PIRO Khadija

Informations sur le patient / l'examen

Date d'examen: 16.05.2023

ID Patient	VS6003451-23-03-16-2	Gestité	2
Nom	DRISSI EL BOUZAIDI OUIAM	Parité	1
DOB,Age	22.02.1988,35	AB	
Sexe	Féminin	Ectopique	

Fœtus
1

DDR	14.02.2023	DDC	DPA	21.11.2023	AG	13w0d
-----	------------	-----	-----	------------	----	-------

AG(MAE)

13w4d

DPA(MAE)

17.11.2023

Praticien

Méd. réf.

Échographiste

Commentaire

Indication

GROSSESSE

Mesures 2D	MAE	Valeur	m1	m2	m3	Méth.	GP	AG
BIP (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	2.46 cm	2.46			moy.	87.4%	14w1d
LF (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	1.16 cm	1.16			moy.	62.2%	13w3d
LCC (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	6.84 cm	6.92	6.75		moy.	50.4%	13w1d

Calculs 2D

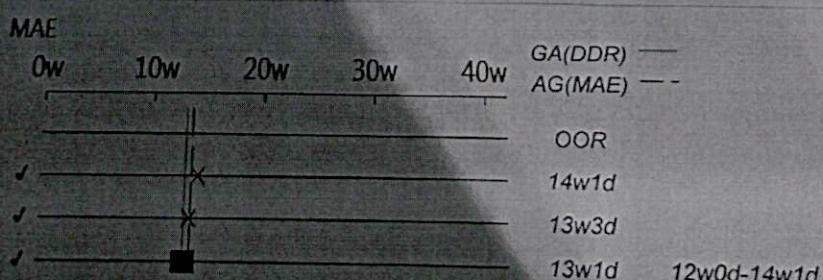
Plage

LF/BIP

47%

(AG: OOR)

Graphique à barres



Générique 2D

Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.
--------	----	----	----	----	----	----	-------

Dist.

D

0.12 cm

0.12

0.11

moy.

Commentaire

GME DE 13 SA ET 2 J , CLARTE NORMALE A 0.12 CM , 3 SEGMENTS DES MEMBRES

Dr. Khadija PIRO en. MAHASSINI
Gynécologue - Obstétricienne
M. N. Yakkoub - N. T. T. G. Bab Soudara
INP N° 101071843 16.05.2023 13:27:46

1 / 2