

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-649330

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12600 Société : R A M  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LAOUDIYI MEHDI  
 Date de naissance : 21.08.1987  
 Adresse : 43, rue Ahmed NACIRI de PALMIERES CASABLANCA  
 Tél : 06 55555276 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : SAHBI OUMAIMA 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 : Le : 25/08/2023

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
04/07/2023		2600		INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet et signature du Pharmacien ou du Dispensaire	Date	Montant de la Facture
	04/07/23	71,00

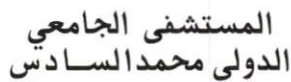
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Mr SEBIL CHRAÏBI Fouzia	12-7-23		960,20 Dh

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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]													
				MONTANTS DES SOINS [ ]													
				DEBUT D'EXECUTION [ ]													
				FIN D'EXECUTION [ ]													
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 [ ]
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS [ ]														
			DATE DU DEVIS [ ]														
		DATE DE L'EXECUTION [ ]															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Bouskoura, le :

16-07-2023

1<sup>u</sup> Seite immer.

- 1/2 orbit up/.

— pregnant case  
M/F; 0/100

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309  
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79  : [www.hm6.ma](http://www.hm6.ma)



- Si vous souffrez d'une hyperthyroïdie (augmentation de la fonction de la thyroïde) évidente (s'accompagnant de symptômes):

- Si vous souffrez d'une hypothyroïdie (augmentation de la fonction de la thyroïde) latente (sans symptômes), ne prenez pas une dose d'iode supérieure à 150 microgrammes par jour.

### Faites attention avec YOFOLVIT®

- Il est recommandé d'administrer le traitement avec YOFOLVIT® sous une surveillance médicale étroite chez les patients épileptiques.

- Ce médicament contient de l'iode et du potassium. Certaines personnes sont particulièrement sensibles à l'iode. Il est donc recommandé de commencer le traitement avec prudence.

- En raison de sa teneur en iode et de potassium, ce médicament peut affecter la glande thyroïde. Son administration peut altérer les résultats des analyses de la fonction de cette glande (fonction thyroïdienne).

- Ne pas utiliser de désinfectants contenant de l'iode chez le nouveau-né et la femme enceinte.

- Si vous souffrez de l'une des maladies suivantes, n'oubliez pas de toujours en parler à votre médecin avant de prendre ce médicament :

- Vascularite hypocomplémentaire (inflammation des vaisseaux).  
- Goitre (augmentation du volume de la glande thyroïde) ou maladie thyroïdienne auto-immune (augmentation du volume de la glande thyroïde). Les patients souffrant de ces maladies peuvent présenter des effets secondaires systémiques comme conséquence de l'administration d'iode.

- La prudence est particulièrement conseillée au début du traitement chez les patients souffrant d'une maladie rénale, d'une hyperkaliémie (taux de potassium sanguin élevés), d'un goitre ou d'une tuberculose active.

### Enfants et adolescents : sans objet.

### Prise d'autres médicaments

Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous utilisez ou avez récemment utilisé tout autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance.

Certains médicaments peuvent interagir avec YOFOLVIT® : dans ces cas, un changement de dose, l'interruption du traitement avec l'un d'entre eux ou un intervalle d'au moins trois heures entre l'administration des deux médicaments peut s'avérer nécessaire.

Il est important d'informer votre médecin si vous prenez ou avez récemment pris l'un des médicaments suivants :

- antécédents (médicaments pour l'acidité gastrique);
- chloramphénicol (antibiotique);
- phénytoïne (médicament pour les crises d'épilepsie);

### 3. Comment prendre YOFOLVIT®?

Veuillez à toujours prendre YOFOLVIT® en suivant exactement les indications de votre médecin. Vérifiez auprès de votre médecin ou de votre pharmacien en cas de doute. La dose normale est d'un comprimé par jour, à prendre de préférence avant les repas.

### Utilisation chez les enfants et les adolescents : sans objet.

### Si vous avez pris plus de YOFOLVIT® que vous n'auriez dû :

Si vous avez pris plus de YOFOLVIT® que vous n'auriez dû, ou en cas de surdosage ou d'ingestion accidentelle, consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien ou contactez le centre antipoison et de toxicovigilance.

L'intoxication volontaire ou accidentelle avec ce médicament est peu probable.

La prise de doses très supérieures à celles indiquées dans cette notice ou pendant de longues périodes de temps peut provoquer les manifestations suivantes : goût métallique, démangeaisons de la bouche et de la gorge, sensibilité douloureuse au niveau des dents et des gencives, augmentation de la salivation, irritation de la muqueuse nasale, étourdissements et irritation au niveau des yeux accompagnée d'un gonflement des paupières (symptômes connus sous le terme d'iodisme).

On peut aussi observer les symptômes suivants : de fortes migraines, toux, œdème pulmonaire (accumulation de liquide dans le poulmon) et gonflement et gêne au niveau des glandes parotides et sous-maxillaires (glandes localisées en dessous du maxillaire inférieur).

Le pharynx, le larynx et les amygdales peuvent aussi présenter une inflammation.

Des éruptions cutanées modérées, plus rarement des éruptions cutanées sévères, peuvent apparaître au niveau de zones de la peau plus grasses (zones séborrhéiques).

L'irritation gastrique (de l'appareil digestif) est fréquente à condition que les doses ingérées soient très élevées et l'on peut observer une diarrhée, avec parfois la présence de sang dans les selles.

Les signes et les symptômes de l'iodisme disparaissent habituellement spontanément quelques jours après l'arrêt du traitement.

L'utilisation au long cours ou de fortes doses d'iode de potassium peut provoquer une hyperplasie de la glande thyroïde (augmentation de volume), un goitre et une hyperthyroïdie sévère.

vasculaire (hypersensibilité au médicament)  
inflammation et des lésions au niveau des

peau).

Périarthritis fatale (maladie vasculaire au cœur)  
petites et moyennes présentent une inflam

atfections du système immunitaire.

(œdème gonflement), y compris l'œdème fat

troubles dentaires.

Reactions d'hypersensibilité (allergies) et mal

Si l'un des effets indésirables devient grave ou

effet indésirable non mentionné dans cette n

médicament ou à votre pharmacien.

5. Comment conserver YOFOLVIT®?

- Tenir hors de la portée et de la vue des enf

- Précautions particulières de conservation

particuliers de conservation.

- N'utilisez pas YOFOLVIT® après la date de pé

l'emballage. La date de péremption fait référen

mois.

- Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout

ménagères. Demandez à votre pharmaci

médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesu

protéger l'environnement.

6. Informations supplémentaires

Que contient YOFOLVIT®?

Les principes actifs sont : 262 µg d'iode de potas

200 µg d'iode), 400 µg d'acide folique et 2 µg de vit

FACTURE N° : 000046074

Mme SAMIMI Oumaima  
Dossier N° : 20230700683  
Né(e) le : 02-01-1996 (27 ans)

CASABLANCA le 12-07-2023

Récapitulatif des analyses		
Analyse	Clé	Total
Prélèvement	E25	25.00 MAD
Groupe ABO Rhésus	B60	80.40 MAD
Rubéole IgG	B150	201.00 MAD
Toxoplasmose IgG	B100	134.00 MAD
TPHA qualitatif	B50	67.00 MAD
TSH	B250	335.00 MAD
VDRL qualitatif	B20	26.80 MAD
Total!		869.20 MAD

Total des B : 630

TOTAL DOSSIER : 869.20 DH

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

Mme SEBTI CHRAIBI Fouzia  
Biologiste  
Laboratoire BIOLAM  
314, Rue Mustapha El Maâni  
Casablanca - Tél: 05 22 26 72 67



Accrédité ISO 15189/2012  
Pour les analyses portant un \*

Dossier ouvert le : 12-07-2023 17:46  
Date du prélèvement : 12-07-2023 17:45  
Edité le : 13-07-2023  
Prescripteur : PROFESSEUR ELGHANMI ADIL



Mme SAHIHI Oumaima  
Dossier N° : 20230700683  
Né(e) le : 02-01-1996 (27 ans)

Analyses	Résultats	Norme	Antécédents
----------	-----------	-------	-------------

### IMMUNO-HEMATOLOGIE

#### GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

Type échantillon : Sang Total

Groupe sanguin ABO : O

Rhésus (D) : Positif

Deux déterminations, chacune réalisée en double, sont nécessaires à la délivrance d'une carte de groupe sanguin définitive.

### BILAN ENDOCRINIEN

TSH Ultra – sensible :  
(Immunoenzymométrique AIA 360)

0.067 µUI/mL (0.380-4.310)

### SEROLOGIE INFECTIEUSE

#### SERODIAGNOSTIQUE DE LA TOXOPLASMOSE

Titre des anticorps IgG :  
(Technique ELISA)

2.15 UI/mL

#### Interprétation:

Réaction négative : < 8 UI/ml  
Réaction douteuse: >= 8 à < 11 UI/ml  
Réaction positive : >=11 UI/ml

#### Conclusion

Absence d'anticorps spécifiques anti-toxoplasmose. A contrôler dans 3 semaines.







Accrédité ISO 15189/2012  
Pour les analyses portant un \*

**Dossier ouvert le :** 12-07-2023 17:46  
**Date du prélèvement :** 12-07-2023 17:45  
**Edité le :** 13-07-2023  
**Prescripteur :** PROFESSEUR ELGHANMI ADIL

**Mme SAHIHI Oumaima**  
**Dossier N° :** 20230700683  
**Né(e) le :** 02-01-1996 (27 ans)

### SERODIAGNOSTIQUE DE LA RUBEOLE

Titre des anticorps IgG :  
(Technique ELISA)

30 UI/mL

Interprétation:

Réaction négative : < 8 UI/ml

Réaction douteuse: >8 à <11 UI/ml

Réaction positive : >11 UI/ml

Conclusion

Présence d'IgG spécifiques. Immunité acquise ou  
immunisation en cours. A contrôler dans 3 semaines si  
contexte épidémiologique ou grossesse.

TPHA (Qualitatif)

Sérologie Négative

VDRL (Qualitatif)

Sérologie Négative

Validé par : Dr. Fouzia CHRAIBI

Mme SEBTI CHRAIBI Fouzia  
Biologiste  
Laboratoire BIOLAM  
314, Rue Mustapha El Maâni  
Casablanca - Tél: 0522 26 72 67



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

## Echographie Obstétricale du 1<sup>er</sup> Trimestre

Examen réalisé par

NOM & PRENOM :

AMIKI  
Oumou

Date : 16/07/23

DDR : 23/04/23 Age gestationnel : 10 SA + 02 J

Opérateur : .....

### Indication : Bilan échographique du 1er trimestre

Utérus gravide, de contours réguliers, d'échostructure homogène.

Nombre d'embryon :

Vitalité : Bonne mobile, présentant une activité cardiaque régulière.

LCC = 40 Mm ce qui correspond à 11 SA+ .....J

SG = .....Mm ce qui correspond à ..... SA+ .....J

Annexes : La quantité de liquide est en quantité normale.

Le trophoblaste est homogène.

Conclusion : Grossesse intra-utérin de 11 SA+ .....J, sans particularité.

ok de solution prev



# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300252171

## F A C T U R E

N° 26 450 / 2023 du 04/07/2023

Nom patient : SAHIHI OUMAIMA

Entrée 04/07/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 04/07/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation de gynecologie-obstetrique avec echographie	1,00	K	600,00	600,00
			Sous-Total	600,00
Total Frais Clinique				600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
SIX CENTS DIRHAMS	Total 600,00

Encaissements			Carte Bq 600,00		Total encaissé 600,00	Solde 0,00
---------------	--	--	--------------------	--	--------------------------	---------------

*[Signature]*

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Consultation Gynécologie-Obstétrique  
090063728

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2307041804061710 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300252171	SAHIHI OUMAIMA	04/07/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	3252	600,00
PAYANT	Total payé	600,00
SIX CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MLOUKI

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Consultation Gynéco-Obstétrique  
096063720





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

## ORDONNANCE

Bouskoura, le : 04/07/2023

Mme SAHIMI OUMAIMA

- Groupage ABO / Rhésus
- TSH
- Serologie Toxo
- Rubéole, Syphilis

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Professeur EL GHANMI ADIL  
Gynécologie - Obstétrique  
091176172

Mme SEBIL CHRAÏBI Fouzia  
Biologiste  
Laboratoire BIOLAM  
314, Rue Mustapha El Maâni  
Casablanca - Tél: 0522 26 72 67

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Professeur EL GHANMI ADIL  
Gynécologie - Obstétrique  
091176172

## ORDONNANCE

Bouskoura, le :

du / 272023

9<sup>th</sup> Section Question

71,00 - 70 / lit suppl; 01 mois

الاسم  
HARMACIE DE  
16. Rue Smyrne  
Bordj Boudjer

9-7-85

S.V.

صيدلية السم  
HARMACIE DES ALMONDES  
16, Rue Smyrne. Kissariat Har  
passer sa  
Honn

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Professeur EL GHANMI ADIL  
Gynécologie - Obstétrique  
09117617





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

## ORDONNANCE

Bouskoura, le :

04-07-2023

N° 84171 Oumaima

Bulo de l'atation  
des 02 services  
Société

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Professeur Dr GHANNI ADIL  
Gynécologie - Obstétrique  
091 1761 722