

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Maladie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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)

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](http://www.mupras.com)



48693

## Déclaration de Maladie : N° S19-0003296

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13289 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HANOURI Nayem Date de naissance : 18/11/1986

Adresse : Residence 8 maj Tom 13 apt 142 cité d'Alcazar 20340

Tél. : 06 00 77 96 69 Total des frais engagés : 1863,65 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/10/2020

Nom et prénom du malade : HANOURI Nayem Age : 33

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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.

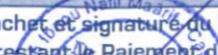
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 30/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cacher et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06/10/2020	cs		3000dh	
06/10/2020	echographie		3000dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>صيدية اشرف PHARMACIE ACHRAF Dr. Slimane Slimani Algiers Res. Annad 11 22 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00</p>	06.10.20	100,61

ANALYSES - RADIOGRAPHIES				
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	
		04/12/2013	700,000	

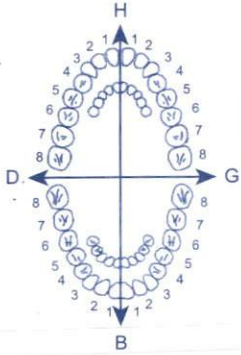
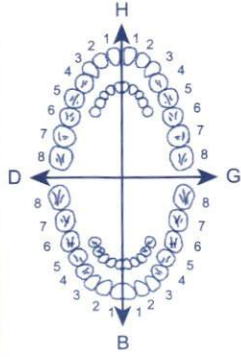
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				COEFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

**Dr. Layachi - Tahiri Faouzia**

***Gynécologie - Obstétrique***

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le : ...06/10/2020...

**Mme Mansouri Meryem**

108,61  
PREGNACARE

1 comprimé le matin



**Dr. Kayachi - Tahiri Faouzia**

**Gynécologie - Obstétrique**

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le 06/10/2020.....

Mme MANSOURI Meryem

• Triple test

2219

↓

11/10

مختبر التحليلات الطبية  
**LABIOMED**  
Laboratoires d'Analyse Médicales  
122, Bd. D'Anta Quartier Racine  
Casablanca - Tél: 05 22 98 66 11 / 06 28 56 92 59



**Dr. Layachi - Tahiri Faouzia**

*Gynécologie - Obstétrique*

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le : .....

26/12/2020

## RECU

Je soussignée certifie avoir reçu la somme  
de six cent (600dh) dirhams de Mme MANSOURI MERYEM pour  
une consultation spécialisée (300dh) +  
une échographie pelvienne (300dh).



# Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED -S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067

Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Houcine - Casablanca  
122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

**Dr Jalil ELMANJRA**

Pharmacien Biologiste  
Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon  
Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

**Dr Abdelaziz LEMSEFFER**

Pharmacien Biologiste  
Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon  
D.I.U. de Biologie de la Reproduction

**Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie**

Casablanca le 6 octobre 2020

Mme MANSOURI MERYEM

FACTURE N°	11961
------------	-------

Analyses :

Triple test 1er Trimestre

B

800

Prélèvements :

Sang

Pc

15

TOTAL DOSSIER

1 155,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Cent Cinquante Cinq Dirhams

مختبر التحليلات الطبية  
LABIOMED  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
122, Bd. d'Anfa Quartier Racine  
Casablanca - Tél: 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)

**Mme MANSOURI MERYEM**

Dossier N° : 20591703

Docteur FAOUZIA LAYACHI TAHIRI

ert le : 06/10/20 - Edité le : 06/10/20

Page N° 1/1

## IONOLOGIE

**TEST : ( Marqueurs Sériques de la Trisomie 21 - 1er Trimestre )**

**Biologie + Echographie) : < 1/10 000**

*Lab - SBP - Seuils 1/50 et 1/1000 (Nouvelles Recommandations J-O Déc 2018 France)*

ssus de 1/1 000  
1/50 et < 1/1 000  
ssous de < 1/50

Risque faible.  
Une recherche d'ADN foetal pour la Trisomie est à recommander.  
Un Caryotype foetal, sur liquide amniotique, est à préconiser.

**Conclusion :** La patiente n'appartient pas à un groupe à risque accru de T21 Foetale

**Antériorités**

e Libre : 27,27 UI/ml

: 3 359,00 mUI/L

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)

**Down's syndrome screening program**

Patient: **MERYEM MANSOURI .**

ID.No. : 373 - Numéro de Dossier: 20591703 .

DOB (Date de naissance) : **18/11/86** ; Age maternel à la DPA **34** années.. DPA:16/04/21.

Age gestationnel basé sur la date de conception : **24/07/20** .Age gestationnel à la date de dépistage :  
**12 semaines et 4 jours**. Date de dépistage : **06/10/20**. Grossesse à un seul fœtus.

Profil de dépistage : Roche1:including NT, Term. Logiciel utilisé: SsdwLab 5.0.14.

**Marqueurs Gaussiens**

Niveau de **Free βhCG** 27,27 IU/l le 06/10/20 : **0,56** MoM.

Niveau de **PAPP-A** 3359 mIU/l le 06/10/20 : **0,78** MoM.

Niveau de **NT** 1,3 mm ( CRL de 65,6 mm ) : **0,78** MoM. (Tronqué à 0,78 MoM dans le calcul de risque de trisomie 21). (Tronqué à 0,78 MoM dans le calcul de risque de trisomie 18 et 13).

Les valeurs des marqueurs ont été corrigées par, poids (56 Kg), asian.

**Risque de syndrome de Down ; Inferieur á 1 : 10000** calculé comme risque à la date de l'accouchement. **Risque faible.** Le risque relatif à l'âge maternel pour le syndrome de Down est 1: 482 .

**Risque de syndromes d'Edwards et de Patau ; Inferieur á 1 : 100000** calculé comme risque à la date de l'accouchement. **Risque faible.**

Signé: Dr Jalil ELMANJRA, 06/10/20

**Copie**

Risque Âge		1:482
Risque de T21	1: 10000	
Risque de T18-1	1: 100000	
Risque faible		Risque élevé

# Obstétrique Report

Dr LAYACHI

## Obstétrique Rapport

Page 1/3

Dr LAYACHI Faouzia

### Informations sur le patient / l'examen

Date d'examen: 06.10.2020

ID Patient VSX001371-20-10-06-4  
Nom MANSOURI MERYEM  
DOB, Age 18.11.1986,33  
Sexe Féminin

Gestité  
Parité  
AB  
Ectopique  
Foetus 1

DDR 10.07.2020 DDC DPA 16.04.2021 AG 12w4d  
AG(MAE) 12w4d  
DPA(MAE) 16.04.2021

Praticien  
Commentaire

Méd. réf.  
Indication

Échographiste

Mesures 2D	MAE	Valeur	m1	m2	m3	Méth.	GP	AG
BIP (CFEF)	<input checked="" type="checkbox"/>	2.05 cm	2.05			moy.		28.5% 12w2d
DFO (HC)		2.92 cm	2.92			moy.		
CT (CFEF)	<input checked="" type="checkbox"/>	7.91 cm	7.91			moy.		OOR
CT* (Hadlock)	<input type="checkbox"/>	7.89 cm	7.89					60.4% 13w3d
LCC (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	6.56 cm	6.56			moy.		64.4% 12w6d
CN		1.14 mm	0.98	1.30		moy.		

### Calculs 2D

Plage

IC (BIP/DOF) 70% (70 - 86%)

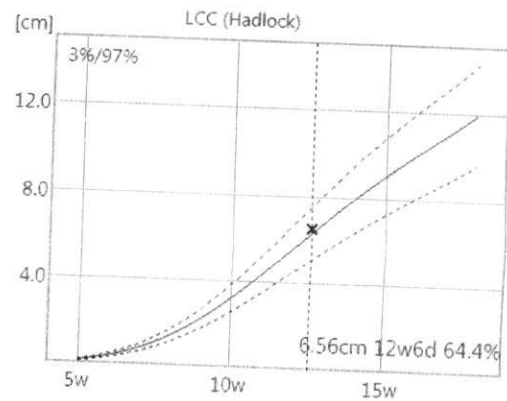
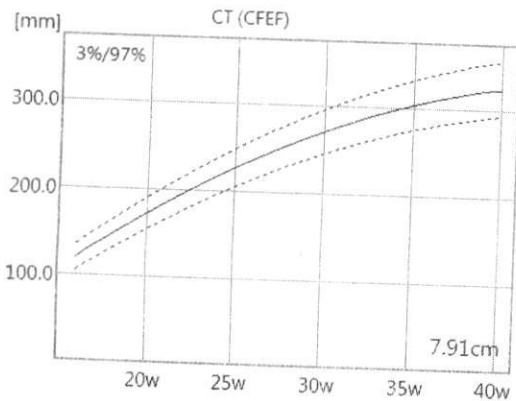
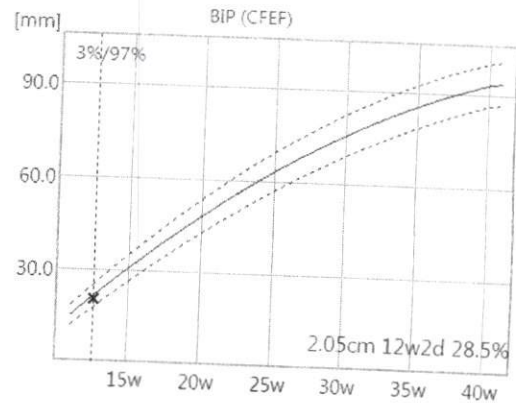
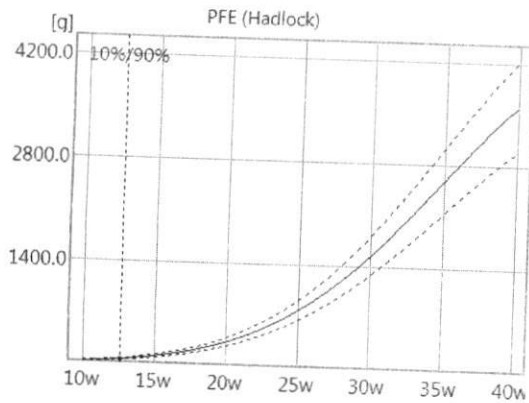
Mesures Doppler	Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.
Art. ombilicale								
FC	144 bpm	144						max

Nom : **MANSOURI MERYEM**

ID patient : **VSX001371-20-10-06-4**

Graph

Référence AG: GA(DDR)



Graphique à barres

	MAE					
	0w	10w	20w	30w	40w	
PFE (Hadlock)						GA(DDR)
BIP (CFEF)	✓	✗				AG(MAE)
CT (CFEF)	✓					OOR
CT* (Hadlock)		✗				12w2d
LCC (Hadlock)	✓	✗				OOR
						13w3d
						12w6d
						11w6d-13w6d

Commentaire

Conclusion :

Conditions de l'examen satisfaisantes, exploration effectuée par voie trans-abdominale et endovaginale.

Grossesse unique intra-utérine évolutive dont les mensurations sont en accord avec le terme corrigé de 12 SA + 6 jours

Clarté nucale d'épaisseur normale.

Nom :

**MANSOURI MERYEM**

ID patient :

**VSX001371-20-10-06-4**

Date:

**06.10.2020**

Praticien:

Échograph.:

