

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

ladie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

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 : HANSOURI Ryhem Date de naissance : 18/11/1986

Adresse : Résidence Enajd, Fm 13 apt 162 cité plateau 20300

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/10/2020

Nom et prénom du malade : RAN 23 NOV. 2020, Age : 33

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sur pli confidentiel à l'intention 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/10/2020



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
06/10/2020	€ 5		300 dh	
06/10/2020	€ 5		300 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ACHRAF <small>Dr. Slimane Slimane</small>	06.10.20	108,63

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 LABIOMED Services d'Anesthésie Télé: 05 29 00 39 80	06/11/2020	B 202 + BIS	M55,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cache et signature du Praticien	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 :

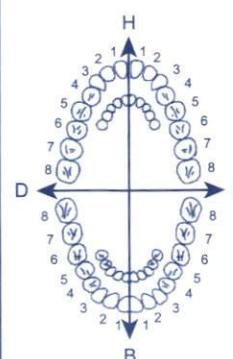
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan.

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



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

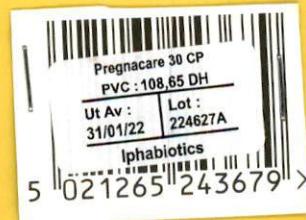
Casablanca

Casablanca, Le : 06/10/2020

Mme Mansouri Meryem

108,65

PREGNACARE
1 comprimé le matin



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

- Triple test

8219



W/10

مختبر البحوث الطبية
LABIOMED
Laboratoires d'Analyse Médicales
122, Bd. D'Anta Quartier Racing
Casablanca - Tél: 05 22 98 66 11



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 : ..26/10/2020

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 Biogiste

Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon

Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Pharmacien Biogiste

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

الطبلي لابيوميد
Labiomed
Laboratoires d'Analyses Médicales
122, Bd d'Anfa Quartier Racine
Casablanca - Tel: 05 22 48.13.51 / 48.13.86
5/1/86

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

Mme MANSOURI MERYEM

Dossier N° : 20591703

Docteur FAOUZIA LAYACHI TAHIRI

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

Page N° 1/1

[ONOLOGIE]

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

Risque faible.

1/50 et < 1/1 000

Une recherche d'ADN foetal pour la Trisomie est à recommander.

ssous de < 1/50

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

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

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

Marqueurs Gaussiens

Niveau de Free β hCG 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 à 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 à 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

1 : 250

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	Gestité
Nom	MANSOURI MERYEM	Parité
DOB,Age	18.11.1986,33	AB
Sexe	Féminin	Ectopique Fœtus 1

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

Praticien	Méd. réf.	Échographiste
Commentaire	Indication	

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 :

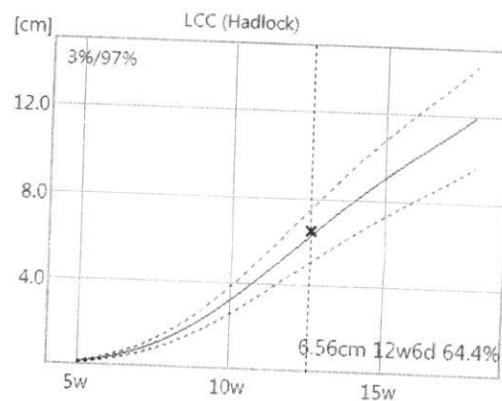
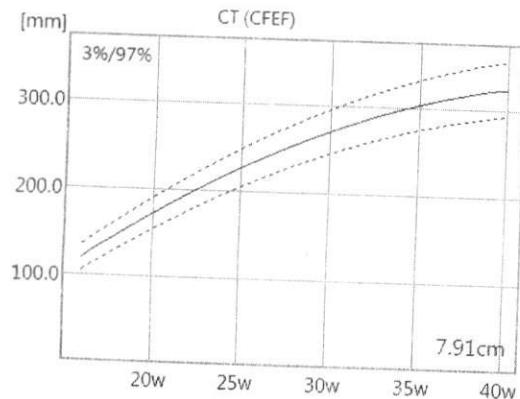
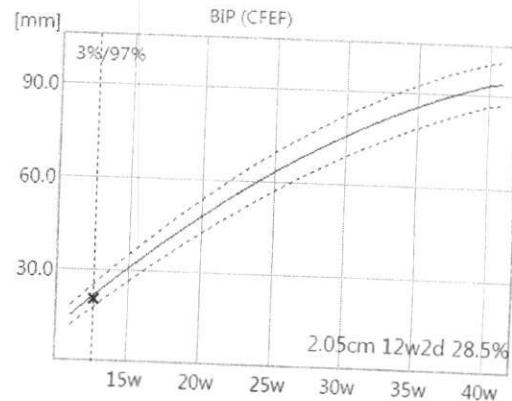
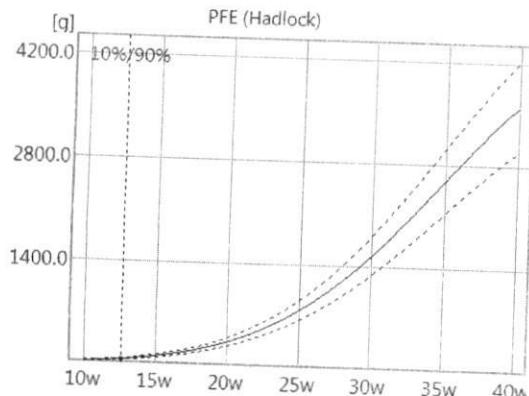
MANSOURI MERYEM

ID patient :

VSX001371-20-10-06-4

Graph

Référence AG: GA(DDR)



Graphique à barres

MAE

0w 10w 20w 30w 40w

GA(DDR) —
AG(MAE) - - -

PFE (Hadlock)

✓

OOR

BIP (CFEF)

✗

12w2d

CT (CFEF)

✓

OOR

CT* (Hadlock)

✗

13w3d

LCC (Hadlock)

✓

12w6d 11w6d-13w6d

Commentaire

Conclusion :

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

Grossesse unique intra-uterine 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.: _____

