

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-537914

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12293

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : FIERNISSI JAWAD

Date de naissance : 24-02-1981

Adresse : N 6 Rue 31 Bd Ibnou Sina Casa

Tél. : 0640800999

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14-07-2020

Nom et prénom du malade : NAGOUTI KANTAR

Age : 33

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : grossesse pathologique

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 : Casa

Le : 19/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-537914

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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



### 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
14/07/2020	5. F. E. H. E.		4000 H	INP : 091165126

### 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
DIAGNOSTIC LAB LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES 107 Boulevard Ibnou Sina Casablanca 0522 95 03 24 Fax 0522 94 77 E mail evolulab@hotmail.com 09361067 - ICE - 00166653900001	20/10/2020	B. 430, F. 85	601.000 H

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

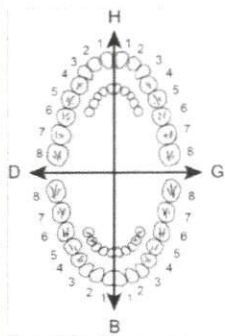
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D              00000000              35533411           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              11433553              B           </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  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

**Dr. ZARI Amal**

**Spécialiste en Gynécologie – Obstétrique**

**Ancien Attaché aux Hôpitaux de France**

Suivi de Grossesses - Accouchements

Grossesses à haute risque et Médecine Fœtale 3D/4D

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et Hysteroscopie - Stérilité du couple FIV - ICSI



**الدكتورة الزرعى أمال**

**إختصاصية في أمراض النساء و التوليد**

**طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا**

متابعة الحمل - التوليد

الحمل عالي المخاطر والفحص بالصدى 3D/4D

جراحة النساء والشد

الجراحة بالمنظار - الغفم والإخصاب

14 JUL 2020

MABOUH KANTAR

1) seologie loco

2) pelvieu de 2019

3) pelvieu de 2019

4) NTS + profil

5) TP, TCA

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
187 Boulevard Ibnou Sina Casablanca  
Tel : 0522 94 77 4 - 0522 94 77 4  
E-mail : evolulab@hotmail.com  
00146655900001

**DR. ZARI AMAL**  
Gynécologue Obstétricienne  
152, Bd. Mohammed VI, Ain Chock  
Casablanca

**FACTURE N° : 2007202022**

Casablanca le 20-07-2020

**Mme Kaoutar MAGOUH**

Date de l'examen : 20-07-2020

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
	- TCK	B40	B
	Sérologie Toxoplasmose IgG	B100	B
	- TP non traité	B40	B
	Proteinurie des 24h	B30	B
	Prélèvement Vaginal	B140	B
	- NFS	B80	B

Total des B : 430

TOTAL DOSSIER : 601.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent un dirhams

IF 14377655

Dr. Aziz MOTAOUAKKIL  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
187 Boulevard Ibnou Sina - Casablanca  
Tel : 0522 95 03 34 - Fax : 0522 94 77 45  
E-mail : evolulab@hotmail.com  
INPE 09361081 - ICE : 001666539000001



**Date du prélèvement** : 20-07-2020 à 14:29

**Code patient** : 1408042003

**Né(e) le** : 22-07-1986 (34 ans)



**Mme Kaoutar MAGOUH**

Dossier N° : 2007202022

Prescripteur : Dr AMAL ZARI

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION GLOBULAIRE(Sysmex XT-1800i)

05-05-2020

Leucocytes	11.91	G/L	(3.90-10.20)	12.21
Hématies	4.11	T/L	(3.90-5.40)	3.96
Hémoglobine	11.8	g/dL	(12.0-15.6)	12.4
Hématocrite	35.4	%	(35.5-45.5)	36.2
V.G.M	86.1	fL	(80.0-99.0)	91.4
T.C.M.H	28.7	pg	(27.0-33.5)	31.3
C.C.M.H	33.3	g/dL	(30.0-36.0)	34.3

### FORMULE LEUCOCYTAIRE(Sysmex XT-1800i)

Poly. Neutrophiles	78.5	%		74.8
Soit	9.35	G/L	(1.50-7.70)	9.13
Poly. Eosinophiles	0.8	%		1.4
Soit	0.09	G/L	(0.02-1.10)	0.17
Poly. Basophiles	0.3	%		0.3
Soit	0.03	G/L	(<0.35)	0.04
Lymphocytes	14.9	%		14.8
Soit	1.78	G/L	(>1.00)	1.81
Monocytes	5.5	%		8.7
Soit	0.66	G/L	(0.10-2.70)	1.06
PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i)	296	G/L	(150-450)	272

**Commentaire :**

ANEMIE NORMOCHROME NORMOCYTAIRE

## HEMOSTASE

Temps de Quick Témoin:	11.7	sec.	
Temps de Quick Patient:	11.7	sec.	
<b>TAUX DE PROTHROMBINE</b>	88	%	(70-150)
(Sysmex CA-600 series Thromborel S)			

**- TCK Temps patient**

(SYSMEX CA-600)

TCK Temps témoin

TCK Ratio patient/témoin

24.1 sec.

27.3 sec.

0.88 (<1.20)

2007202022 - Mme Kaoutar MAGOUH

## BIOCHIMIE URINAIRE

Diurèse des 24h

1.550 litres/  
24h

Protéinurie

(Test photométrique avec utilisation de rouge de pyrogallol)

71 mg/l (<200)

**Proteinurie des 24h**

(Immunoturbidimétrie sur Respons)

110.1 mg / (<150.0)  
24h

## SEROLOGIE INFECTIEUSE

### SEROLOGIE DE LA TOXOPLASMOSE

23-06-2020

- Toxoplasmose IgG

(Technique ELFA sur mini Vidas)

0 UI/mL

0

Conclusion:

Sérologie négative. Sujet non immunisé à contrôler tous les mois pendant la grossesse

<b>INTERPRETATION</b>	<b>&lt; 4 Négatif</b>	<b>4 à 8 Douteux</b>	<b>&gt; ou = 8 positif</b>
-----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------------

## BACTERIOLOGIE

### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE D'UN PRELEVEMENT CERVICO-VAGINAL

#### Examen cytologique direct

Cellules épithéliales

Très nombreuses

Leucocytes

Assez nombreux

Hématies

Assez nombreuses

Levures :

Assez nombreuses

Trichomonas vaginalis

Absence

Coloration de Gram :

Flore de Doderlein très abondante

Clue cells:

Absence

#### Examen bactériologique

Cultures sur milieux spécifiques

Flore saprophyte avec présence de bacilles de Doderlein  
Absence de Streptocoque B

Culture sur milieu Sabouraud :

**POSITIVES**

Identification :

**Candida non albicans**

Conclusion :

**VAGINITE A CANDIDA SP**

Validé par le biologiste



d'Analyses de Biologie Médicales

## Dr. Aziz MOTAOUAKKIL

- Pharmacien Biologiste Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Lyon
- Ex Interne des Hôpitaux de Lyon
- Diplôme de Biologie de la Reproduction de Besançon

**Hématologie - Bactériologie - Parasitologie - virologie - Biochimie - Immunologie**

**P.M.A ( Biologie de la Reproduction : IAC - FIV - ICSI )**

2007202022 Mme Kaoutar MAGOUB

Dr. Aziz MOTAOUAKKIL  
LABORATOIRE D'ANALYSES EVOLULAB  
187 Boulevard Ibnou Sina - Casablanca  
Tel : 0522 95 03 34 - Fax : 0522 94 77 45  
E mail : evolulab@hotmail.com  
INPE 09361067 - ICE : 00166653900001

Nom : **MAGOUH KAWTAR**

ID patient :

**E45409-20-07-14-3**

Commentaire

*Foetus en présentation CEPHALIQUE*

*Mouvements foetaux normaux, mouvements thoraciques vus, bon tonus.*

*Activité cardiaque régulière*

*FC: 156 BPM*

*Annexes :*

*la quantité du liquide est normale*

*le Placenta est ANBI*

*Conclusion : Grossesse monofoetale évolutif de 36 SA+1J BIP:32SA*

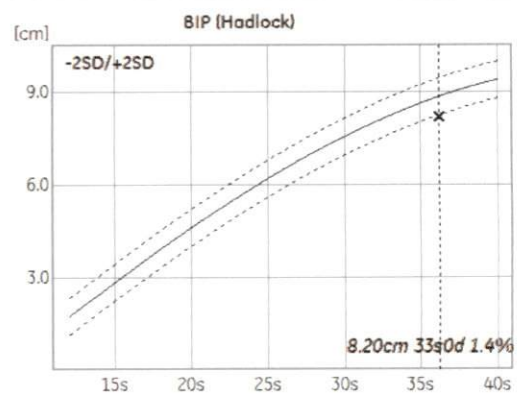
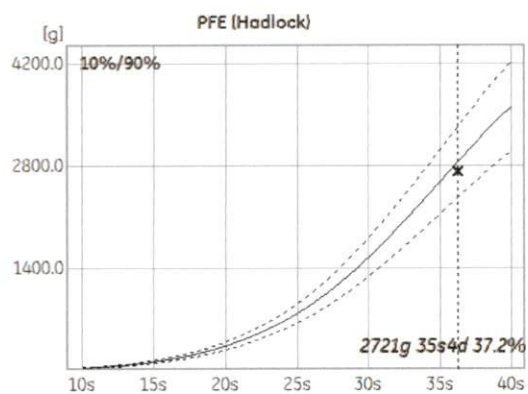


Nom : **MAGOUH KAWTAR**

ID patient : **E45409-20-07-14-3**

**Graph**

Référence AG: GA(DDR)





## Obstétrique Rapport

Page 1/3

DR ZARI AMAL

Informations sur le patient / l'examen Date d'examen: 14.07.2020

ID Patient E45409-20-07-14-3  
 Nom MAGOUH KAWTAR  
 DOB, Age  
 Sexe Féminin  
 Gestité  
 Parité AB  
 Ectopique  
 Fœtus 1

DDR 04.11.2019 DDC DPA 10.08.2020 AG 36s1d

AG(MAE) 35s0d  
 AG(MAE) 18.08.2020

Praticien Méd. réf. Échographiste  
 Commentaire Indication

PFE (Hadlock)	Valeur	Plage	Âge	Plage	GP (Hadlock)
CA/BIP/LF/CT	2721g	± 397g	35s4d		37.2%

Mesures 2D	MAE	Valeur	m1	m2	m3	Méth.	GP	AG
BIP (Hadlock)	✓	8.20 cm	8.21	8.28	8.10	moy.		1.4% 33s0d
DFO (HC)		11.37 cm	11.32	11.48	11.30	moy.		
CT (Hadlock)	✓	30.92 cm	31.06	30.79	30.92	moy.		2.5% 34s4d
CT* (Hadlock)	□	30.97 cm	30.90	31.24	30.68			2.9% 34s4d
CA (Hadlock)	✓	32.25 cm	32.25			moy.		61.6% 36s1d
LF (Hadlock)	✓	7.04 cm	7.04			moy.		44.5% 36s1d

Calculs 2D	Plage
CT/CA (Campbell)	0.96 (0.93 - 1.10)
IC (BIP/DOF)	72% (70 - 86%)
LF/BIP	86% (71 - 87%)
LF/CA	22% (20 - 24%)
LF/CT (Hadlock)	0.23 (0.20 - 0.22)

Mesures Doppler	Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.
<b>Art. ombilicale</b>								
Syst.	-53.01 cm/s		-53.01	-35.29				max
Diasto.	-32.40 cm/s		-32.40	-15.60				max
TMmax	-40.24 cm/s		-40.24	-25.07				max
MD	-29.64 cm/s		-29.64	-14.63				max
IR	0.48		0.39	0.56				moy.
IP	0.65		0.51	0.79				moy.
S/D	1.95		1.64	2.26				moy.
FC	172 bpm	167	172	150				max

