

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 canalaire, 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 canalaire.

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
 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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-793611

adhérent
M a
Fact
Fach
Echus
Autres

158880

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12613		Société : Royal air Maroc	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : DRIGSSI EL BOUZAIDI OUIAM			
Date de naissance : 22/02/1988			
Adresse : Coop Ouahad N° 24 C Hay guich Ouedaya - Temara			
Tél. : 06 46 92 90 89 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2015	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	Dr. Khadija PIRO ép. MAHASSINI Gynécologie - Obstétrique 3, Rue Al Yanboue Appt. H7, face Bab Soufara Tél 05 37 70 09 79 - Rabat N° 101071843
Date de consultation : 16/03/2023	Age: _____	
Nom et prénom du malade : Ameur el haj	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.		

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 : _____ / _____ / _____
Signature de l'adhérent(e) : _____

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
6/3/23	C		200,00	INP : 103063061
				Dr. KHALIL D'ANNAKIL 3, Rue Aliyanbe Tunisie Tel: 09 37 71 00 00 INP N°103063061

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
Dr. KHALIL D'ANNAKIL 3, Rue Aliyanbe Tunisie Tel: 09 37 71 00 00	29/03/23	P 909	100,00
Riad Ennakkil	29/03/23	R 465	64,10
Secteur 11, Bloc C, lot N°5 Avenue Annakil et Avenue Attouan Hab. Riad Nekka, 103063061		P 299	30,00
Tel : 09 37 71 10 71 11 37 71			

INP : 103063061

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

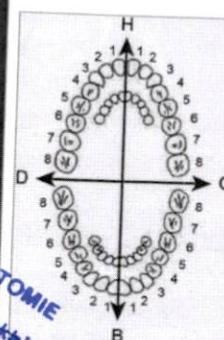
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

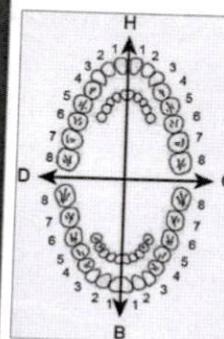
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient INP :



ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

--

MONTANTS DES SOINS

--

DEBUT D'EXECUTION

--

FIN D'EXECUTION

--

COEFFICIENT DES TRAVAUX

--

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

Rabat, le 16/03/13

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOCYTOPATHOLOGIQUE

Nom et prénom du patient :

DRISS EL BAZATI ouiazi

Age :

De la Part du Docteur :

Dr. Khadija PIRO en MATERNITE
Gynécologie - Obstétrique

3, Rue Al Yanboue - B.P. N° 15 - Face Bab Soutara

Tel. 0537 70 09 79 - Rabat

INP N° 101071843

25 ans

Etablissement :

Date de prélèvement :

Siège et nature du prélévement :

Fixation : Oui Non Type de Fixation :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET PARACLINIQUES

FW de depistage

Référence antérieure :

Rabat, le 24/12/23

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOCYTOPATHOLOGIQUE

Nom et prénom du patient : Jlissi Boulaifi Age : 34 ansDe la Part du Docteur : OUI A M

Etablissement :

Date de prélèvement :

Date d'envoi :

Siège et nature du prélèvement :

Fixation : Oui Non Type de Fixation :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET PARACLINIQUES

typique viraleFCV - HCV

Référence antérieure :

CENTRE NAKHIL D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Angle Av. Annakhil Rue Ettanoub Hay Riad, Rabat

Tél. 05 37 71 18 93 e-mail: cnap.sec@gmail.com

F A C T U R E

Numéro : 923000378 du 07/04/2023

Date demande 27/03/2023

Nom patient : DRISSI EL BOUZAIDI OUIAM

Médecin : DR. PIRO K.

23CC2705

PAYANT

HPV

CABINET NAKHIL D'ANATOMIE
PATHOLOGIQUE
et Rue Ettanoub Hay Riad, Rabat
Tél.: 05 37 71 18 93
Email : cnap.sec@gmail.com

Cotation : P0909

Montant facture

1 000,00

Payé en Espèce

Arrêtée la présente à la somme de :
MILLE DIRHAMS

Rabat le :

24/03/23.

Dr Khadija PIRO
en attente

FAIRE SVP :

① **1- SEROLOGIE DE TOXOPLASMOSE**

2- SEROLOGIE DE RUBEOLE

3- TPHA VDRL

④ **4- GAJ GPP**

5- Ag HB s + SEROLOGIE HEPATITE C

6- GROUPAGE RHESUS

⑦ **7- NFS**

8- HIV1-2

⑨ **TSH**

Centre de Biologie
Riad Ennakhil
Secteur 11, Bloc G, lot N° 5, Angle.
Avenue Annakhil et Avenue Attanoub
Hay Riad Rabat Fax : 05 37 71 70 07
Tél : 05 37 71 40 71 / 05 37 71 53 54

Dr. Khadija PIRO ep. MAHASSINI
Gynécologue - Obstétrique
3, Rue Al Attanoub - App. 107 - Face Bab Soufara
Tél: 05 37 70 08 79 - Rabat
INP N° 101071843

CENTRE DE BIOLOGIE RIAD ENNAKHIL

FACTURE N° : 3427/23

Dossier réalisé le : 29/03/23 12:16

A l'attention de : Mme DRISSI EL BOUZAIDI OUIAM

Identifiant du patient : 18912

Analyses :

Numération formule sanguine + plaquettes	B 80	107,20 Dhs
Glycémie (à jeûn)	B 30	40,20 Dhs
Sérologie de la Toxoplasmose IgG (1 ère détermination)	B 100	134,00 Dhs
Thyreostimuline (TSH 3G)	B 250	335,00 Dhs

Prélèvement :

Sang	Pc 1,5	25,00 Dhs
------	--------	-----------

Total dossier : 641,40 Dhs

Mode de règlement : Carte bancaire

Banque : BANQUE POPULAIRE

Référence : 9666

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Six Cent Quarante Et Un Dirhams Quarante Centimes

Centre de Biologie
Riad Ennakhil
Secteur 11, Bloc Q, lot n° 5, Angle,
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

Age	: 34 ans	Réf.	: T23030916
Sexe	: F	Nom du patient	: DRISSI BOUZAIDI OUIAM
Date de prélèvement	: 30/03/2023	Date de réception	: 30/03/2023
Date de réponse	: 05/04/2023	Préscripteur	:

NATURE DU PRELEVEMENT

TYPAGE HPV

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Test:

RECHERCHE D'ADN PAPILLOMAVIRUS HUMAINS GENITAUX POTENTIELLEMENT ONCOGENES.

Technique:

HPV Genotypes 14 sacace, PCR Multiplexe temps réel, génotypes (16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66 et 68)

Résultat négatif:

Absence de détection d'un Papillomavirus humain correspondant aux amores et sondes utilisées (génotypes recherchés).

Interprétations :

Grades de risque de différents génotypes:

Haut risque : 16, 18, 31, 45.

Intermédiaire : 33, 35, 39, 51, 52, 56, 58, 59, 68.

Bas risque : 66, 11, 42, 44.

Dr. Hicham EL ATTAR
PATHOLOGISTE
Rue de Tunis
EL JADIDA



Signé : Dr. Hicham EL ATTAR



Contrôle de qualité en immunohistochimie Nord IQC participant N° NQC - 980

Dr. Fouad KETTANI

Pr. agrégé en anatomie pathologique
E-mail : fouadkett2@gmail.com

Dr. Asmae BENZEKRI

Diplômée en anatomie et cytologie pathologiques de l'université libre de Bruxelles et de l'université René Descartes - Paris 5
Diplômée en cytogénétique moléculaire de l'université René Descartes - Paris 5
Ancienne assistante hospitalo-universitaire de l'hôpital Beaujon à Paris (Ap-Hp)
Ancienne attachée de l'Institut Gustave Roussy
Diplômée de colposcopie
E-mail : asmaebenzekri@hotmail.com

Dr. Merieme GHAOUTI

Diplômée en anatomie et cytologie pathologiques de l'université de Fès
Ancienne interne des CHU de Rouen et de Bordeaux
Diplômée en pathologie moléculaire de l'université de Nice-Sophia Antipolis
E-mail : merighaouti@gmail.com

NOM & PRÉNOM	: DRISSI EL BOUZAIDI OUIAM
DOCTEUR	: PIRO MAHASSINI KHADIJA
CODE PATIENT	: 23C16-036
DATE	: 18/03/2023
AGE	: 36 ans
N/REF	: 230316228

**FROTTIS CERVICO UTERIN MONOCOUCHE SELON
LA METHODE DU PRELEVEMENT EN MILIEU LIQUIDE
(GLUCYTTM)**

Cet étalement présente une desquamation épithéliale importante.

Elle est faite de cellules malpighiennes à prédominance intermédiaire et superficielle le plus souvent isolées ou groupées en amas de taille variable.

Il s'y associe des cellules parabasales de régénération d'aspect parfois pseudokoïloctaire et des cellules de régénération matures.

Certaines d'entre elles montrent des altérations cytonucléaires d'allure dystrophique à type essentiellement de parakératose et d'hypertrophie nucléaire sans atteinte de la texture chromatinienne.

D'autres cellules malpighiennes intermédiaires présentent une hypertrophie nucléaire plus importante à deux fois et demi, trois fois la normale mais à contours réguliers et sans hyperchromatisme majeur.

Par ailleurs, on observe des cellules cylindriques d'origine endocervicale intactes ou en métaplasie malpighienne intermédiaire.

Le fond comporte de nombreux leucocytes polymorphes et une flore riche.

CONCLUSION

Présence de cellules malpighiennes atypiques de nature indéterminée : ASC-US selon le système de Bethesda.

Recommandation : typage viral.

Dr. M. GHAOUTI
Médecin Diplômé en Pathologie
Centre d'Anatomie Pathologique des Nations Unies
Angle Avenue des Nations Unies et Rue Ibn Hanbal, Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 67 28 96 / 05 37 67 39 98



Obstétrique Rapport

Page 1/1

Dr.PIRO Khadija

Informations sur le patient / l'examen

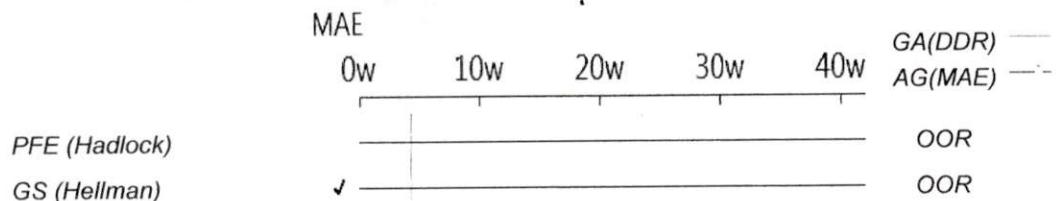
Date d'examen: 16.03.2023

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 **4w2d**AG(MAE)
DPA(MAE)Praticien Méd. réf. Échographiste
Commentaire Indication **AMENORRHEE**

Mesures 2D	MAE	Valeur	m1	m2	m3	Méth.	GP	AG
GS (Hellman)	<input checked="" type="checkbox"/>	0.48 cm	0.45	0.46	0.53	moy.		OOR

Graphique à barres



Commentaire

UTERUS GRAVIDE , PRESENCE DUN SAC GESTATIONNEL TONIQUE CORRESPONDANT A 5 SA
C/C : GROSSESSE JEUNE AC A CONTROLER DAMS 10 J

Date: **16.03.2023**

Praticien:

Échograph.:

Dr. PIRO KADJA
Gynécologue - Obstétricien
3, RUE NABIA, BP 101077, Rabat
Tel: 0537 700719, Rabat
Fax: 0537 700719, Rabat