

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

M22- N° 002979

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11443 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL HLOU AÏSSA
Date de naissance : 03.04.78
Adresse :
Tél. : 0666060878 Total des frais engagés : 2227, — Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/10/2023
Nom et prénom du malade : AÏ KHOU FATIMA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : GROSSESSE
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : / /
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
02/10/23		C5	1000,10	
		écho morphologique		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/10/23	427,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03.10.23	B55,38	799,80

AUXILIAIRES MEDICAUX

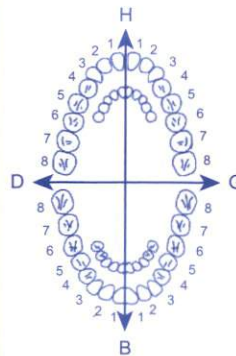
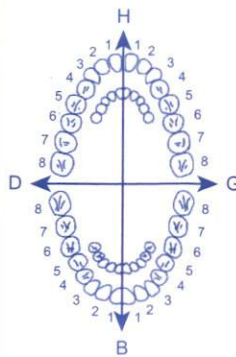
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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											
				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													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



02-10-23

AT ilcou FATIMA



125,80x2
1/2 FERTILIS



149,50
2/2 PREGNACARE



26,90
1/2 VITAMINE C



422,50
1/2



Dr. OUDRHIRI IDRISSE H
Gynécologue - Obstétricien
Angle Bd Bir Anzarane et Caid Achtar
Rés. Ribh, 3e Etage - Casablanca
Tél: 0522 25 10 15 - Gsm: 0662 22 48 82

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 04/2026
LOT 32045 18

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 04/2026
LOT 32045 18

Vita C1000®

PPV 26DH90
EXP 04/2026
LOT 33036 7

5 X 0.7

Ferlipo®

Fer liposomal

COMPOSITION

Lipofer 180 mg (cont. 14 mg de fer élément)



Lot N° : FL15

Exp : 12/2025

PPC : 125,50 DH

Dr. Boost

Ferlipo®

Fer liposomal

COMPOSITION

Lipofer 180 mg (soit 14 mg de fer élément)



Lot N° : FL15

Exp : 12/2025

PPC : 125,50 DH

Dr. Boost

Dr OUDRHIRI IDRISSE Hicham
Gynécologue - Obstétricien

Chef de clinique CHU Almeria
Ancien Chef d'Unité de Grossesses à haut risque
Médecine Foetale et Grossesses à haut risque
Echomorphologie et Echocardiologie Foetale
Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins
Coelioscopie et Hysteroscopie
Stérilité du couple. FIV - ICSI



الدكتور ودغيري إدريسي هشام
إختصاصي في أمراض النساء و التوليد

رئيس سابق لوحدة الحمل عالي المخاطر
بالمستشفى الجامعي بالميريا
الطب الجنيني والحمل عالي المخاطر
جراحة النساء والثدي
الجراحة بالمنظار
العقم والإخصاب

NOTE D'HONORAIRE

Date : 02/10/023

Nom et Prénom : **AIT IKKOU Fatima**

Le montant de la note d'honoraires relative à l'examen de la patiente sous nommée est de 1000 DH, et, détaillé comme suit :

Prix de la consultation : 300 DH

Prix de l'écho morphologique foetal : 700 DH

Signé : Dr. OUDRHIRI IDRISSE H

Dr. OUDRHIRI IDRISSE H
Gynécologue - Obstétricien
Angle Bir Anzorane et Rue Cold Alachtar Résidence Ribh A, 3 étage
P. 05 22 25 10 15 - 06 62 22 48 82

Dr C
Gyn

NOUVELLE DEMANDE

NOUVELLE DEMANDE

Chef de
Ancien

Médecine Foetale et Grossesses à haut risque
Echomorphologie et Echocardiologie Foetale
Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins
Coelioscopie et Hysteroscopie
Stérilité du couple. FIV - ICSI



الدكتور ودغيري إدريسي هشام
إختصاصي في أمراض النساء و التوليد

رئيس سابق لوحدة الحمل عالي المخاطر
بالمستشفى الجامعي بالميريا
الطب الجنيني والحمل عالي المخاطر
جراحة النساء والثدي
الجراحة بالمنظار
العقم والإخصاب

02-10-23

Mme AIT IKKOU FATIMA

1/ NFS Tafraout

2/ O'Sullivan

3/ EUBU

4/ Tsof/Asw...



Mme AIT IKKOU Fatima
13-08-1996
2310033061



SUR CAHIER
OUDRH

Dr. OUDRHIRI IDRISSI H
Gynécologue - Obstétricien
Angle Bd Bir Anzarane et Caïd Achtar
Rés. Rihh, 3e Etage - Casablanca
Tél: 0522 25 10 15 - Gsm: 0662 22 48 82

FACTURE N° 2310033061
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 03/10/2023
INPE : 093002574

Mme Fatima AIT IKKOU
Demande N° 2310033061
Date de l'examen : 03/10/2023

Récapitulatif des analyses	
Analyse	Clé
RECEPTION URINES	E0
Cytologie. Culture. Identification	B90
Glycémie	B30
Epreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO)	B150
Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80
Toxoplasmose IgG	B100
ATBU	B60
Solution de glucose 50g	B41.38

Total des B : 551.38
Total à payer : **799.50** Dirhams

Arrêtée la présente facture à la somme de :
sept cent quatre-vingt-dix-neuf dirhams cinquante centimes

*(HN) = analyse hors nomenclature



Date exam.	02-10-2023	N°	02-10-2023-0004
Sexe	Féminin	Etablissement	Dr OUDRHRI IDRISSI H

(a) Moy., (m) Min., (M) Max., (L) Dernier

[OB]

AUM	26e8	DEA(AUM)	02-01-2024
PFE	985g	Auteur EFW	Hedlock 2(BIP PA FEM)
AG(PFE)	26e3	Critère PctL	AG(ODR)

Biométrie foetale	Dernier	1	2	3	AG	PctL
BIP	68.88	68.88			27e5[±15]	Hedlock
PC	242.94	242.94			26e3[±14]	Hedlock
PA	210.43	210.43			26e4[±15]	Hedlock
FEM	51.85	51.85			27e5[±15]	Hedlock

Os longs foetaux	Dernier	1	2	3	AG	PctL
HUM dt.	45.74	45.74			27e0[±19]	Jeany

Crâne foetal	Dernier	1	2	3	AG	PctL
CERV	31.30	31.30			27e1[±14]	Hill
GC	7.97	7.97				
CN	5.22	5.22				
					mm Max.	



LABORATOIRE CASALAB PALMIER®

Dossier N°: **2310033061**

Résultats de : **Mme AIT IKKOU Fatima**

Né(e) le : **13/08/1996** - 27 ans

N° CIN :

Date du prélèvement : 03/10/2023 09:46. ASS

Edition du : 05/10/2023 à 11:28

Monsieur Le Dr HICHAM OUDRHIRI IDRISSE (Gynéco)

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

< Compte-rendu complet >

HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME

(SYSMEX XN-1000)

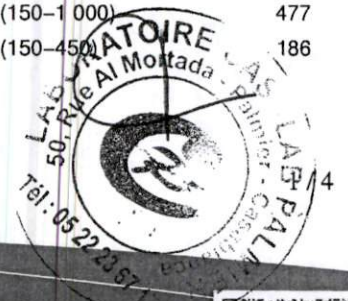
07/09/2023

Leucocytes :	8,76	10 ³ /mm ³	(3,90-10,20)	8,08
Hématies :	4,20	10 ⁹ /mm ³	(3,90-5,20)	4,27
Hémoglobine :	12,20	g/dL	(12,00-15,60)	12,00
Hématocrite :	36,5	%	(35,5-45,5)	36,4
VGM :	86,9	fL	(80,0-99,0)	85,2
TCMH :	29,0	pg	(27,0-33,5)	28,1
CCMH :	33,4	g/dL	(31,5-36,0)	33,0
RDW :	17,2	%	(0,0-18,5)	18,1

Formule leucocytaire :

Neutrophiles :	68,1	%		66,0
Soit:	5 966	/mm ³	(1 400-7 700)	5 333
Eosinophiles :	1,3	%		1,5
Soit:	114	/mm ³	(20-580)	121
Basophiles :	0,2	%		0,2
Soit:	18	/mm ³	(0-110)	16
Lymphocytes :	23,6	%		26,4
Soit:	2 067	/mm ³	(1 000-4 800)	2 133
Monocytes :	6,8	%		5,9
Soit:	596	/mm ³	(150-1 000)	477
Plaquettes:	191	10 ³ /mm ³	(150-450)	186

Dossier n° 2310033061 - Mme Fatima AIT IKKOU





BIOCHIMIE

Glycémie à jeun:

(Hexokinase G6PD-H)

0,74 g/L
4,11 mmol/L

(0,74-1,09)
(4,11-6,05)

Test de O'Sullivan après ingestion de glucose

Glycémie à jeun

0,74 g/l
4,11 mmol/l

(0,74-1,09)
(4,11-6,05)

Quantité de glucose ingérée:

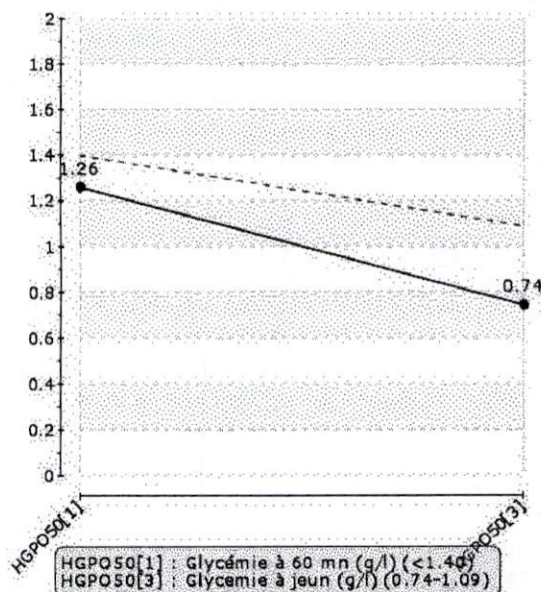
50 g

Glycémie à 60 mn

1,26 g/l
7 mmol/l

(<1,40)
(<8)

(Hexokinase-G6PD-H)



Selon les recommandations HAS de juillet 2005 : test positif si glycémie à 1h supérieure ou égale à 7,2 mmol/l (1,30 g/l).



Dossier n° 2310033061 de Mme Fatima AIT IKKOU

2 / 4



SEROLOGIE INFECTIEUSE

Toxoplasmose IgG

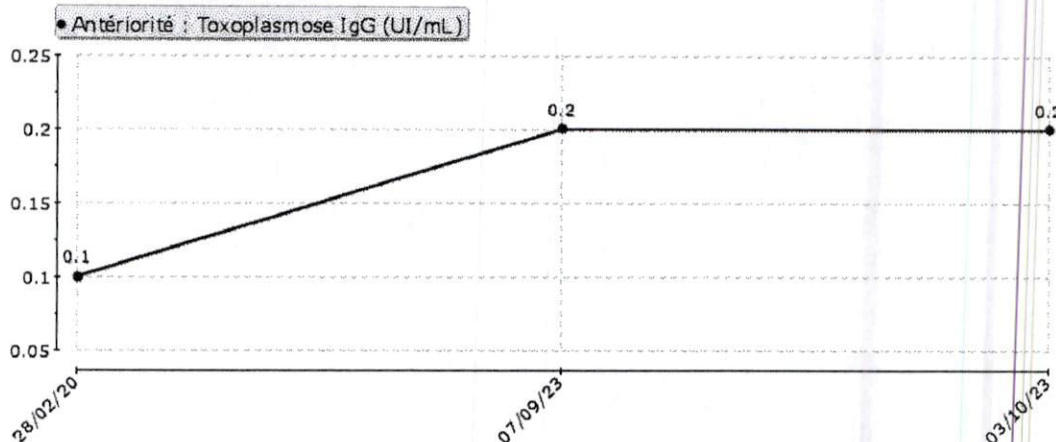
(ECLIA sur cobas 6000)

Changement de domaine de référence à compter du 12/01/2023

0,2 UI/mL

07/09/2023

0,2



Domaine de référence COBAS PURE :

< 1.0 UI/ml : Négatif
Entre 1.0 et 30.0 UI/ml : Douteux
> 30.0 UI/ml : Positif

Date du prélèvement antérieur

07-09-2023

Conclusion:

Absence d'immunité; à suivre toutes les 3 semaines en cas de grossesse.



Dossier n° 2310033061 de Mme Fatima AIT IKKOU

3 / 4





BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Recueil	2ème jet	
Aspect	Légèrement trouble	
Leucocytes	2 / mm ³	(0-10)
Hématies	<1 / mm ³	(0-1)
Cellules épithéliales	Assez nombreuses	
Cylindres	Absence	
Cristaux	Absence	
Levures	Absence	
Examen direct	Absence de germes	

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Cultures	Stériles.
Numération 1	>10 ³ UFC/ml.

Validation biologique par : Le Dr M. BEZZARI

Dr K. OUZZANI

