

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### Adresses Mails utiles

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



## Déclaration de Maladie

W21-831953

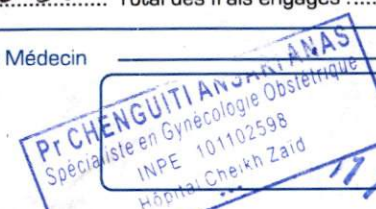
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12311 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZERZAFY AMINE  
 Date de naissance : 29/02/1984  
 Adresse : Riad Al Andalous AMBRA3 Immb32  
 Appt R. Hay Riad Rabat  
 Tél. : 06 68 49 30 88 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : BENMAMOU Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : Rabat Le : / /  
 Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

Résultats sur papier  
 IF : 3349086  
 INPE 1103 060 877  
 18-09-91  
 LAM RIAD  
 0230

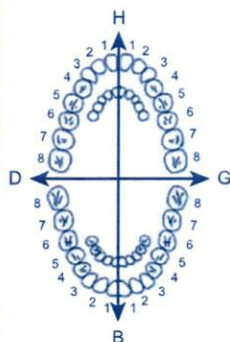
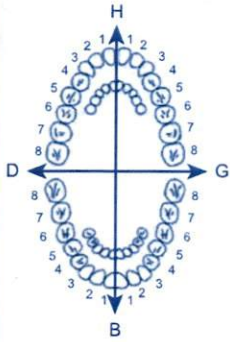
[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX  <input style="width: 100%;" type="text"/>  MONTANTS DES SOINS  <input style="width: 100%;" type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION  <input style="width: 100%;" type="text"/>  FIN D'EXECUTION  <input style="width: 100%;" type="text"/>																				
																									
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX  <input style="width: 100%;" type="text"/>  MONTANTS DES SOINS  <input style="width: 100%;" type="text"/>  DATE DU DEVIS  <input style="width: 100%;" type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION  <input style="width: 100%;" type="text"/>						
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D	G																							
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 60%;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</th> <th style="width: 40%;">Montant des Honoraires</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires																							

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'EXECUTION



# L.A.M. RIAD

13, Angle Avenue Almelia et rue Meziata - Hay Riad  
(City Center - ACIMA) - RABAT  
Tél : 05 37 71 05 06 / 05 37 57 23 23 - Fax : 05 37 71 50 60  
Site-Web : [www.laboriad.ma](http://www.laboriad.ma) - E-mail :  
laboratoireriad@gmail.com

**FACTURE N° : 240101430**

Rabat le 18-01-2024

**Mme Sanaa BERRADA**

Date de l'examen : 18-01-2024

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sanguin	E20	E
0158	Prolactine	B250	B
0163	TSH	B250	B
	F.S.H.	B250	B
0362	Ca 125	B400	B
	AMH	B500	B

Total des B : 1650

TOTAL DOSSIER : 2230.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux mille deux cent trente dirhams .

Type de paiement :

Carte bancaire le 18-01-2024

LAM RIAD  
ICE: 001685262000044  
IF: 3849086  
INPE: 103 060 877  
(1)

CODE INPE



103060877

Patente N°: 25995358 - CNSS: 9114357- IF:3349086 RIB:013 810 01214 000040 001 27 94 BMCI RYAD NAKHIL -  
ICE: 001685262000044 - INPE: 103060877



Rabat, le 17 JAN 2024

Docteur .....

Dr BERRADA Samir

- Am H  
- PSH - DRL - T814  
- CA 125

LAM RIAD  
ICE : 001685262000044  
IF : 3349986  
INPE : 103 060 877  
(1)

Pr CHENGUITANSARIANAS  
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique  
INPE : 101102598  
Hôpital Cheikh Zaïd  
...





# LABORIAD

**Dr Jalil ELATTAR**  
Médecin Biologiste

مركز التحليلات الطبية الرياض

CENTRE DE BIOLOGIE RIAD

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

Page 1 / 3

Edité le 18-01-2024 à 12:35

Prescripteur : **Pr Anas CHENGUITI ANSARI**

EXAMEN du 18-01-2024

**Mme BERRADA Sanaa**

**Code Patient : 2401182065**

Né(e) le : 22-12-1986



Prélevé le : 18-01-2024 à 09:48



## HORMONOLOGIE

### HORMONE ANTI-MULLERIENNE

Titre AMH:

2.95 ng/mL

#### Interprétation

Au 3<sup>e</sup> jour du cycle, chez 335 femmes normales, les concentrations d'AMH sériques varient entre 2.0 et 6.8 ng/mL

**TSH.us**

(Chimiluminescence Beckman Coulter)

1.604  $\mu$ UI/mL

(0.340-5.600)

#### Remarque:

Chez le Nouveau-né, on observe une augmentation physiologique de la TSH (TSH Normes N-Né < 20  $\mu$ UI/mL)

#### Valeurs de référence Femme Enceinte

1er Trimestre: 0.030 à 2.300  $\mu$ UI/mL

2ème Trimestre: 0.030 à 3.100  $\mu$ UI/mL

3ème Trimestre: 0.130 à 3.500  $\mu$ UI/mL



**Urgences**  
**24 H - 7 J / 7**



# LABORIAD

**Dr Jalil ELATTAR**  
Médecin Biologiste

مركز التحليلات الطبية الرياض

**CENTRE DE BIOLOGIE RIAD**

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

2401182065 – Mme Sanaa BERRADA

Page 2 / 3

**F.S.H.**

3.51 UI/L

(Chimiluminescence Beckman Coulter)

Valeurs physiologiques :

Femmes :	F.S.H.(UI/L)
Phase Folliculaire	3,85 à 8,78
Phase Ovulatoire	4,54 à 22,51
Phase Lutéale	1,79 à 5,12
Ménopause	16,74 à 113,59
Hommes :	1,27 à 19,26

**PROLACTINE**

3.4 ng/mL (3.3-26.7)

(Chimiluminescence Beckman Coulter)

repos O/N?

Non Communiqué

Valeurs physiologiques :

Femmes :	PROLACTINE(ng/mL)
Pré-ménopausées < 50 ans	3,34 à 26,72
Post-ménopausées > 50 ans	2,74 à 19,64
Hommes :	2,64 à 13,13





# LABORIAD

**Dr Jalil ELATTAR**  
Médecin Biologiste

مركز التحليلات الطبية الرياض

**CENTRE DE BIOLOGIE RIAD**

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

2401182065 – Mme Sanaa BERRADA

Page 3 / 3

## MARQUEURS

**C.A. 125**

(Chimiluminescence Beckman Coulter)

12.2 U/mL

(<24.8)

### Remarque:

Le dosage du HE4 (Human Epididymal Protein 4) est disponible en routine.

HE4 est un marqueur précoce de sensibilité accrue pour le diagnostic du cancer de l'ovaire.

L'association des marqueurs CA125 et HE4 a montré la sensibilité la plus élevée (76%) à une spécificité de 95%.

En outre, HE4 montre une sensibilité accrue par rapport à CA125 dans la détection du cancer de l'endomètre de stade précoce.

HER et SCORE ROMA ( RISK OF MALIGNANCY ALGORITHM)

Une aide précieuse pour le diagnostic différentiel et la stratification du risque du Cancer de l'ovaire.

Demande validée biologiquement par Dr. Jalil EL ATTAR



**Dr. Jalil ELATTAR**  
13, Angle Avenue Almolia  
et Rue Meziata Hay Riad-RABAT  
Tél : 05 22 37 71 05 06  
05 37 57 23 23  
Fax : 05 37 71 50 60







## FACTURE



N° DE FACTURE : 2024/P/7243-3247569

DATE FACTURATION : 17/01/2024

IPP : 1356581  
N ° DOSSIER : A244262871  
NOM & PRENOM : BERRADA SANAA

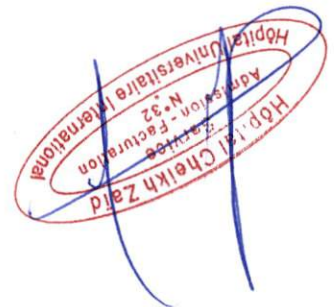
MODALITE DE PAIEMENT : CLIENT PAYANT B2C LOCAL  
DATE ENTREE : 17/01/2024  
DATE SORTIE : 17/01/2024

### OBJET : LISTING DES PRESTATIONS

N ORDRE	REFERENCE	DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	QNT	MONTANT DH
1		IMAGERIE MEDICALE			400,00
TOTAL :					

TOTAL FACTURE :	400,00
TOTAL ENCAISSEMENT :	400,00
SOLDE :	0,00

ARRÊTÉE LA PRÉSENTE FACTURE À LA SOMME DE : quatre cents et xx / 100







# FACTURE



N° DE FACTURE : 2024/P/7243-3247569  
DATE FACTURATION : 17/01/2024

IPP : 1356581  
N ° DOSSIER : A244262871  
NOM & PRENOM : BERRADA SANAA

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENT PAYANT B2C LOCAL  
DATE ENTREE : 17/01/2024  
DATE SORTIE : 17/01/2024

N ORDRE	REFERENCE	DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	QNT	MONTANT DH
IMAGERIE MEDICALE					
1	315	ECHO PELVIENNE	400,00	1,00	400,00

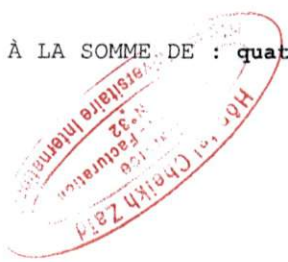
TOTAL IMAGERIE MEDICALE : 400,00

Honoraires Medecins  
CHENGUITI ANSARI ANAS  
ECHO PELVIENNE

200,00 1,00 200,00  
TOTAL CHENGUITI ANSARI ANAS : 200,00  
TOTAL Honoraires : 200,00

TOTAL GENERAL :	400,00
TOTAL ENCAISSEMENT :	400,00
SOLDE :	0,00

ARRÊTÉE LA PRÉSENTE FACTURE À LA SOMME DE : quatre cents et xx / 100





## Gynécologie Rapport

Page 1/1

HOPITAL CHEIKH ZAID

## Informations sur le patient / l'examen

Date d'examen: 17.01.2024

ID Patient **VP6001721-24-01-17-3**  
Nom **berrada saNAE**  
DOB, Age  
Sexe **Féminin**

Ovul. prévue  
Jour du cycle  
Jour de stim.

Gestité  
Parité  
AB  
Ectopique

DDR

Praticien  
Commentaire

Méd. réf.  
Indication

Échographiste

Mesures 2D	Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.
Utérus								
Longueur	8.31 cm	8.31						moy.
Largeur	4.34 cm	4.34						moy.

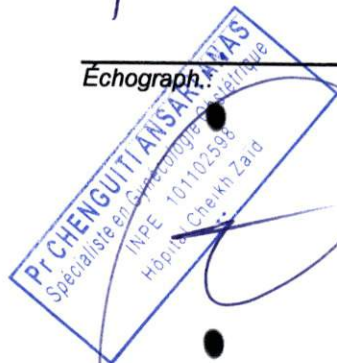
Générique 2D	Valeur	m1	m2	m3	m4	m5	m6	Méth.
Dist.								
D	2.48 cm	2.51	2.38	2.91	2.10			moy.

Dystrophie kystique à Cœur aux deux bords

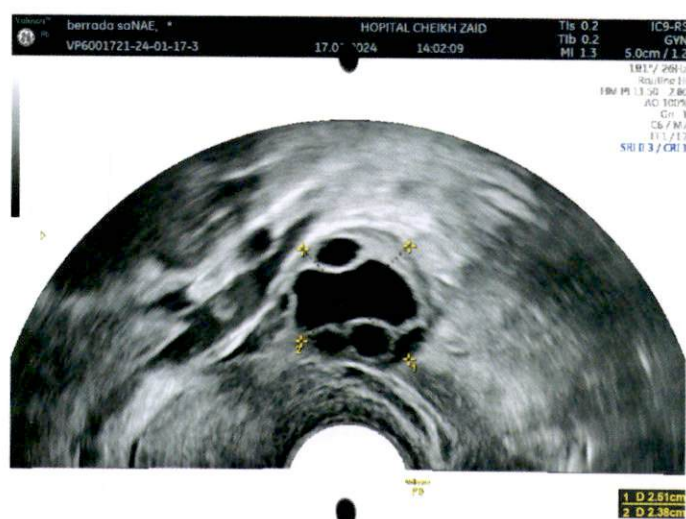
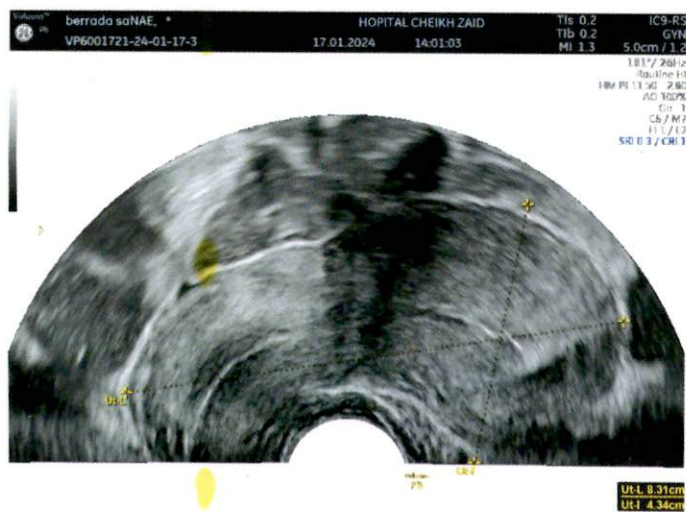
Date: 17.01.2024

Praticien:

Échographiste:









Service Admission/Facturation

Quittance N°

Consultation le : 17/01/24 A

2 973 417

IPP : 1 356 581 N° de dossier : C244261408

DI : 3 397 877

Patient : BERRADA SANAA

Montant : 300,00 Dh (trois cents et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 17/01/2024

Description :

Medecin : C0239 CHENGUITI ANSARI ANAS

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 1

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.



Assurance

ENT PAYANT B2C LOC

Cachet du caissier :

N° 2266994



Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International

Service Admission/Facturation



المملكة المغربية  
مستشفى الشيخ زايد  
مستشفى جامعي دولي

Consultation le : 17/01/24 A Quittance N°

2 973 514

IPP : 1 356 581 N° de dossier : A244262871

DI : 3 397 967

Patient : BERRADA SANAA

Montant : 400,00 Dh (quatre cents et xx / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 5160

Date d'encaissement : 17/01/2024

Description : ECHO

Medecin : E0239 CHENGUITI ANSARI ANAS

Motif : HOPITAL DE JOUR

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 1

Cachet du caissier :

*Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.*

N° 2266997

