

## 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 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.

### 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0055102

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3523 Société : 204076  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENNIS FARIDA  
Date de naissance :  
Adresse : Rés. Raoud El Azhar Rue Ibnou Hazem  
Apt. B 102 Tlaouif - Extension Casablanca  
Tél. : Total des frais engagés : 10.050 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade :  
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 : Casablanca

Le : 03/05/2024

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
02/04/2014	3		300,00	
22/04/2014	voir facture		4600,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
22/04/2014		219,80

# ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
22/04/14 ph50			500,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

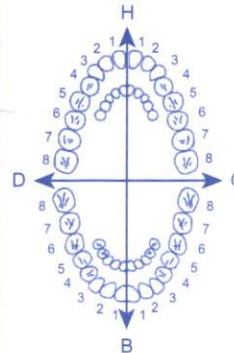
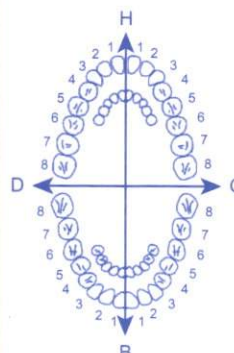
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



# 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 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 une fois par an.

## 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



## Déclaration de Maladie

M23- N° 0037149

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/04/2024

Nom et prénom du malade : Benavir Ferich Age: 40

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Polypectomie hysteroscopie

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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- N° 0037149

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 : .....



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
22.04.2024		complément d'honoraires	4000 DH	

22.04.2024 complaint 400000  
dthrombosis

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

0037148

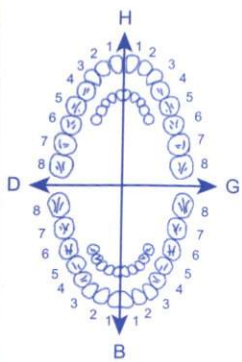
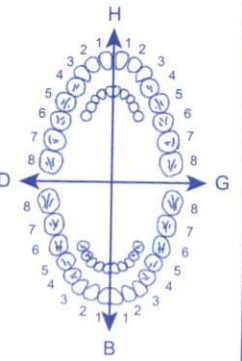
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

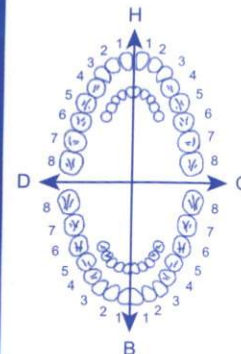
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 40%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>														
	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 40%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>														
	<table border="1" 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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



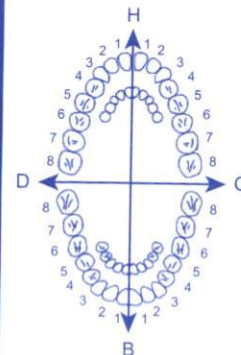
Page 10 of 10

Page 10

Page 10

Page 10

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and a pier labeled 'B' at the bottom. The bridge is supported by two main piers, 'D' on the left and 'G' on the right. The bridge is divided into two main sections by the central pier. The left section is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The right section is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The bridge is supported by two main piers, 'D' on the left and 'G' on the right. The bridge is divided into two main sections by the central pier. The left section is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The right section is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom.



\_\_\_\_\_

Page 10 of 10

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



GHANDI CLINIC

Casablanca, le: 22/11/24

# ORDONNANCE

BENI S faride

LOT: M1167  
PER: 09/2025  
PPV: 182,50DH

182,50  
Zivox 750 - 11 par par 10 par

46,50  
FLAGYL 500

sgmolin el Bu  
par 7 par

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Flagyl 500 mg cp b 20  
P.P.V : 46,50 DH

20,80  
CORDIPRAN 1

sg a 2sg si besoin  
(6/par)

6 118000 060062

249,80

PPV: 20 DH 80  
PER: 11/25  
LOT: M4048

PHARMACIE DOGRATE  
Bis Rue Ibnou Chentmar 2  
Casablanca  
Tel: 0522 94 81 10  
Marrif Extension 20050  
Boulevard Air Taouate 20050 Casablanca  
Tel: 0522 430 0000

067009966

**Docteur Yaëlle Zafrani**

الدكتورة زفراني يائيل

**Cabinet de chirurgie gynécologique**

**Spécialiste en cancérologie du sein et du pelvis**

**Spécialiste en chirurgie de l'endométriose**

Diplômée de la Faculté de Médecine de Lille France

Ancienne Praticienne de l'Institut Gustave Roussy à PARIS

Ancienne Chef de clinique du CHU de Dijon

Ancienne Assistante du Centre Oscar Lambret à Lille

Ancienne Assistante du Centre Georges François Leclerc à Dijon

MUPRAS

Casablanca le: 06/02/2024

BEVIS faude

PC CONFIDENTIEL

POLYPECTOMIE

LC50

Dr ZAERANI Dina Yaëlle  
Gynécologie Chirurgicale  
N°P : 091173864  
13 Bd Ain Taoujtate (en face Clinique Badr)  
Bourgogne 20050 Casablanca  
Tél: 0522 430 430

13 Bd Ain Taoujtate (en face Clinique Badr) Résidence ILIAS  
Bourgogne 20050 - Casablanca - Tél : 0522 430 430 - Gsm : 06 70 019 966  
E-mail : dina.yaëlle@gmail.com  
Site Web : www.docteurzafrani.com



## Cabinet de chirurgie gynécologique

Spécialiste en cancérologie du sein et du pelvis

Spécialiste en chirurgie de l'endométriose

Diplômée de la Faculté de Médecine de Lille France

Ancienne Praticienne de l'Institut Gustave Roussy à PARIS

Ancienne Chef de clinique du CHU de Dijon

Ancienne Assistante du Cente Oscar Lambret à Lille

Ancienne Assistante du Centre Georges François Leclerc à Dijon

muPRAS

Deurs

Casablanca le: .....

Polypectomie

K50 = 4000 sur

- clinique → 4600 sur

- Hormonal → 4000 sur

**Docteur Yaëlle Zafrani**

الدكتورة زفراني يائيل

**Cabinet de chirurgie gynécologique**

**Spécialiste en cancérologie du sein et du pelvis**

**Spécialiste en chirurgie de l'endométriose**

Diplômée de la Faculté de Médecine de Lille France

Ancienne Praticienne de l'Institut Gustave Roussy à PARIS

Ancienne Chef de clinique du CHU de Dijon

Ancienne Assistante du Centre Oscar Lambret à Lille

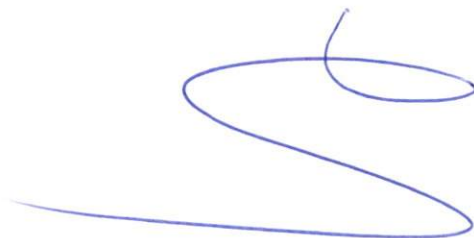
Ancienne Assistante du Centre Georges François Leclerc à Dijon

Casablanca le: 06/02/2024

BENNIS Farida

Consultation d'Anesthésie

(POxyprotomé)





# D E V I S

N° 240209115255KH

09/02/2024

KHAYRAN

Nom patient : **MME BENNIS FARIDA**

Prise en charge : **PAYANTS**

Traitements : **DIVERS**

PRESTATIONS		Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
	FORFAIT K50 KIT DE CHIRURGIE	1 1		4 650,00 600,00	4 650,00 600,00
				Sous-Total	5 250,00
HONORAIRES		Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
	Dr. ZAFRANI DINA YAELE (cancero gyneco)	1		4 000,00	4 000,00
				Sous-Total	4 000,00
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
	DEPASSEMENT DE PHARMACIE	1	+/-??	800,00	800,00
				Sous-Total	800,00

→ Achambre 900 ⇒ 700 / M  
 « sup 1500 ⇒ 1200 / N

**Total devis**

**10 050,00**

Part Patient

0,00

Part Organisme

0,00

## Gynécologie Médicale et Chirurgicale

الطب و جراحة أمراض النساء و التوليد





# LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE



NA

240209120620FA-01

22/04/2024

**Mme BENNIS FARIDA**

Naissance : 15/06/1953 12:13:00

PAYANT

DR. ZAFRANI DINA YELLE

DEM

IQUE

Ordonnance du Docteur : ZAFRANI

Nom et prénom : ..... Mr ☐ Mme ☐ Mlle ☐ ENF ☐

Age : .....

Référence : .....

Siège et nature du prélèvement : .....

Cytologie : .....

- Frottis de dépistage : - Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

- Date des dernières règles : .....

- Traitements éventuels : .....

Renseignements cliniques et paracliniques : Polyposisme

+ Endométriose

Radiographies : .....

Date : .....

Signature : .....

**BENKRAN Leila**  
Laboratoire de Pathologie Bourgogne  
Ama Eliza  
Date : 22/04/2024  
Tél : 0522.27.85.48 - Fax : 0522.27.85.64

22/04/2024



# مختبر تشريح الخلايا والأنسجة بوركون LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

Nom et prénom : Mme BENNIS FARIDA

Age : 71 ans

Prescripteur : Dr. ZAFRANI YAELE

N° Anapath : 2404221240

DUP ET CPTP

Date réception : 22/04/2024

Nature du prélèvement : polypectomie + endométréctomie

Renseignements cliniques :

Casablanca, le 26/04/2024

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

### Macroscopie :

Reçu un matériel de curetage biopsique multifragmenté pesant moins de 2 g, mesurant en tas 2,2 cm, inclus en totalité dans un bloc.

### Microscopie :

Histologiquement, on retrouve un fragment de 4 mm de grand axe, d'une muqueuse endométriale polypoïde, répondant à un **polype endométrial atrophique glandulo-kystique**.

Les glandes endométriales sont ectasiées ou dilatées en micro-kystes.

Elles sont tapissées par un épithélium aplati et endothéliforme, ou de type prolifératif, pseudo-stratifié, cubocylindrique cilié, aux noyaux réguliers.

L'axe du polype est fibreux, parcouru par des vaisseaux à paroi hyalinisée regroupés en bouquet.

Absence d'atypie cytonucléaire ou de foyer d'architecture complexe.

Les autres fragments montrent une muqueuse endométriale atrophique avec dystrophie glandulo-kystique. Les glandes de l'endomètre sont raréfiées, et souvent d'aspect dystrophique et dilatées en microkystes. Le stroma endométrial est modérément dense. Il repose sur un myomètre sans particularité morphologique.

Absence de signe histologique de malignité.

### CONCLUSION :

**Polype atrophique glandulokystique de l'endomètre sur endomètre atrophique avec dystrophie glandulo-kystique.**

**Absence d'atypie ou de foyer d'architecture complexe.**

**Absence de signe histologique de malignité.**

Dr Benkiran Leïla



# LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. BENKIRAN Leïla ICE 001689609000045

14, bd Ain Taoujtate, N°18, 2ème étage. Bourgogne  
Tél : 022278548 Fax : 022278564

Patente 35615070 IF28823881

## F A C T U R E

N° : 2404221240

Du : 22/04/2024

Nom patient : Mme BENNIS FARIDA

Examens	Cotation(P)	Prix Dhs
POLYPE	450	500,00
Total		500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**CINQ CENTS DIRHAMS**

**BENKIRAN Leïla**  
Laboratoire de Pathologie Bourgogne  
14 Bd Ain Taoujtate N°18  
2ème étage  
Bourgogne  
Tél : 05 22 77 85 48 Fax : 05 22 77 85 64

## CLINIQUE GHANDI

## NOTE D'HONORAIRES

Le : 22/04/2024

Références 3 949 / PAYANT

Entrée / Sortie : 22/04/2024 - 22/04/2024

Le Dr. ZAFRANI DINA YAELE

présente à Mme BENNIS FARIDA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
1 500,00 Dhs MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. ZAFRANI Dina Yaelle  
Gynécologue - Chirurgienne  
N°P : 091 1238664  
13 Rue du Trautale face Clinique Gh  
Soudagne 20250 Casablanca  
Tél: 0522 430 430

Cachet et signature

## CLINIQUE GHANDI

## NOTE D'HONORAIRES

Le : 22/04/2024

Références 3 949 / PAYANT

Entrée / Sortie : 22/04/2024 - 22/04/2024

Le Dr. REDOUANE / ELOMARI

présente à Mme BENNIS FARIDA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
750,00 Dhs SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. EL OMARI Zakaria  
Spécialiste en Anesthésie Réanimation  
Ghandi Clinic  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél: 0522 430 430

Dr. RADOUANE Oussama  
ANESTHESISTE  
Ghandi Clinic  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél: 0522 430 430

Cachet et signature



CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE  
54 BD GHANDI  
TEL 0522 36 74 05

F A C T U R E

N° : 3949 / 2024 du 22/04/2024

Nom patient **BENNIS FARIDA**  
**PAYANTS**

Entrée 22/04/2024  
Sortie 22/04/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CHAMBRE	1,00		400,00	400,00
BLOC OPERATOIRE	1,00		1 250,00	1 250,00
			Sous-Total	1 650,00
Pharmacie totale	1,00		750,00	750,00
			Sous-Total	750,00
Total Clinique				2 400,00

DR. ZAFRANI DINA YAELE (cancero gyneco)	1,00		1 500,00	1 500,00
DR. REDOUANE / ELOMA (anesthesiste-rea)	1,00		750,00	750,00
			Sous-Total	2 250,00
Total Autres prestations				2 250,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	4 650,00
QUATRE MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS		

CLINIQUE GHANDI  
54 Bd Ghandi - Casablanca  
Tel : 0522 36 74 05 / 0522 36 69 11

CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE  
54 BD GHANDI  
TEL 0522 36 74 05

F A C T U R E

N° : 3949 / 2024 du 22/04/2024

Nom patient **BENNIS FARIDA**  
**PAYANTS**

Entrée 22/04/2024  
Sortie 22/04/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
K50	1,00		4 650,00	4 650,00
KIT DE CHIRURGIE	1,00		600,00	600,00
			Sous-Total	5 250,00
Total Clinique				5 250,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CINQ MILLE DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total 5 250,00



# DOCTEUR DINA YAELE ZAFRANI

Gynécologie Médicale et Chirurgicale

- Diplômée de la Faculté de Médecine de Lille à France
- Ancienne Praticienne de l'Institut Gustave Roussy PARIS
- Ancienne Chef de clinique du CHU de Dijon
- Ancienne Assistante du Cente Oscar Lambret à Lille
- Ancienne Assistante du Centre Georges François Leclerc à Dijon

# الدكتورة زفراني يائيل دينا

الطب و جراحة أمراض النساء و التوليد

- خريجة كلية الطب (ليل فرنسا)
- ممارسة سابقة بمعهد جوستاف روسو باريس
- رئيسة سابقة بعيادة المستشفى الجامعي ديجون
- مساعدة سابقة بمركز أوسكار لامبري (ليل)
- مساعدة سابقة بمركز جورج فرانسوا لوكليرك في ديجون

Casablanca, le 22 Avril 2024

## FACTURE DE COMPLEMENTS D'HONORAIRES:

Je soussigné, docteur ZAFRANI Dina Yaelle, chirurgien gynécologue, certifie  
avoir perçu un complément d'honoraires de 4000 dirhams de Madame BENNIS FARIDA,  
pour l'intervention chirurgicale réalisée le 22/04/2024, RESECTION ENDO-UTERINE  
HYSTEROSCOPIQUE-POLYPECTOMIE-ENDOMETRECTOMIE.

Dr ZAFRANI Dina Yaelle  
Gynécologue Chirurgienne  
N°P : 051 12 36 64  
13 Bd Ain Taoujtate (en face Clinique Badr) Résidence ILIAS  
Bourgogne 20050 - Casablanca - Tél : 0522 430 430 - Gsm : 06 70 019 966  
E-mail : dina.yaelle@gmail.com - Site Web : www.docteurzafrani.com

**CLINIQUE GHANDI**  
**MEDICO-CHIRURGICALE**  
**54 BD GHANDI**  
TEL 0522 36 74 05  
FAX 05 22 94 64 91  
CASABLANCA

### **BILLET DE SORTIE**

Nom du patient : <b>BENNIS FARIDA</b>		
Chambre : <b>107P</b>		
Médecin traitant	<b>ZAFRANI DINA YAELE</b>	
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	
Date entrée	<b>22/04/2024</b>	
Date sortie	<b>22/04/2024</b>	<b>11:11</b>
Le caissier	L'infirmier	Le major
<i>Billet de sortie établi par : SALMA      22/04/2024    11:04      240209120620FA-001</i>		