

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.

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 - Tel : 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° W21-681696

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12526 Société : 109561

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ZERRAR ELNEHDJ

Date de naissance : 10/11/1982

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur El Mehdi HISSANE
Gynécologue - Obstétricien
Stérilité du Couple
Résidence Chita 11, Rue Ibnou Babek
95000 Apt. 1 Racine - 20250 Casablanca
Tel : 05 22 39 60 45 Fax : 05 22 39 60 45

Date de consultation : 2/02/22

Nom et prénom du malade : Benzine Aminou Age : 39 ans

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

Nature de la maladie : Grossesse.

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 : 22/03/2022

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 |
| 22 FEB. 2022 | c2 | 1 | 2000 | INF : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Docteur El Mehdi HISSA Gynécologue - Obstétricien Stérilisé du Compté 21, Rue Ibnou Ba 20000 Cas |

Docteur El Mehdi HISSANE
Gynécologue - Obstetricien
Stérilisé du Couple
Résidence Cote M, Rue Ikhou Babek
Apt. 1 Racine - 20750 Casablanca
Tel : 66 22 95 04 39 - Fax : 66 22 39 60 45

[illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|--------------|---------------------------------|---|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| <p>Dr El Mehdi HISSANE Gynécologue - Obstétricien Stérilisé de Couple 17, Rue Ibnou Babou Casablanca - 20250 Casablanca Tél : 05 22 39 80 43</p> | 22 FEV. 2022 | 230 | <p>CLINIQUE GHANA Service Radiologie 54, Boulevard Casablanca Tél : 0522 36 10 05 / 0522 36 63</p> |
| | 04/03/22 | Moniteur | 500 dh |

Montant des Honoraires

Service Radiologie

54, Boulevard Casablanca

Tel.: 0522 36 19 05/0522 36 63 11

500 dh

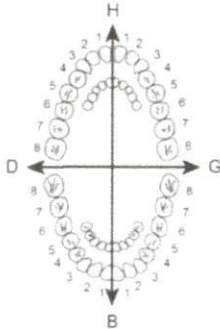
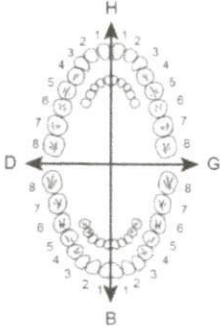
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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

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.

INP :

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur El Mehdi HISSANE

Gynécologue - Obstétricien
Stérilité du couple
Assistance Médicale à la Procréation
(IAC/FIV/FIV-ICSI)
Chirurgie gynécologique
Echographie - Colposcopie
Coelioscopie - Hystéroscopie



الدكتور المهدي حسان
أمراض النساء والولادة
عقم الزوجين
المساعدة الطبية للإنجاب
الجراحة النسوية
الفحص بالصدى
الجراحة والتشخيص بالمنظار

Demande à Mme. BENZZINE AMINA Épouse ZERRARI

Prière de faire pratiquer :

*Un enregistrement du rythme cardiaque foetal associé à un Tocogramme

- le 04/ 03 / 2022 ----- 38 SA

CLINIQUE GHANDI
Service Radiologie
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél.: 0522 36 14 05/0522 36 69 11

Docteur El Mehdi HISSANE
Gynécologue - Obstétricien
Stérilité du Couple
Résidence Ghita 11, Rue Ibnou Babek
1er Etage Apt. 1 Racine - 20250 Casablanca
Tél.: 05 22 95 04 39 - Fax: 05 22 39 60 45

Casablanca Le : 04/03/22

NOTE D'HONORAIRE

Le docteur *Benziane Amina*

Prie M..... ..

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présent suivant l'usage sa note
d'honoraire pour..... ..

S'élevant à la somme de..... ..

Signature :

Monica
CLINIQUE GHANDI
Service Radiologie
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél.: 0522 36 74 05/0522 36 69 14

Docteur El Mehdi HISSANE

Gynécologue - Obstétricien
Stérilité du couple
Assistance Médicale à la Procréation
(IAC/FIV/FIV-ICSI)
Chirurgie gynécologique
Echographie - Colposcopie
Coelioscopie - Hystéroscopie



الدكتور المهدي حسان
أمراض النساء والولادة
عقم الزوجين
المساعدة الطبية للإنجاب
الجراحة النسوية
الفحص بالصدى
الجراحة والتشخيص بالمنظار

Casablanca, le 22/02/2022

Note d'honoraires

Le docteur HISSANE EL MEHDI, prie Mme BENZZINE AMINA
d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente
suivant l'usage sa note d'honoraires du pour: 22/02/2022

- *une consultation côtée C2 300.00DH
- *une échographie côtée Z30 200.00DH
- s'élevant à une somme de *500.00* dirhams.

ICE: 001761580000029

Docteur El Mehdi HISSANE
Gynécologue - Obstétricien
Stérilité du Couple
Tél. 05 22 95 04 39

Docteur El Mehdi HISSANE

Gynécologue - Obstétricien
Stérilité du couple
Assistance Médicale à la Procréation
(IAC/FIV/FIV-ICSI)
Chirurgie gynécologique
Echographie - Colposcopie
Coelioscopie - Hystéroscopie



الدكتور المهدي حسان
أمراض النساء والولادة
عقم الزوجين
المساعدة الطبية للإنجاب
الجراحة النسوية
الفحص بالصدى
الجراحة والتشخيص بالمنظار

Lettre d'accouchement

Mme BENZZINE AMINA née le 17/03/1990
Groupe sanguin: O+ Mutualiste: MUPRAS

Docteur El Mehdi HISSANE
Gynécologue - Obstétricien
Stérilité du couple
Pds d'urgence 06/11/2020
1er Etage - 11 Rue Ibnou Babek - 90000 Casablanca
Tél : 05 22 52 95 04 39 - Fax : 05 22 52 95 04 39

Antécédents obstétricaux:

Gestite: 3 | Parite: 2 | NB enfant: 1 | V.B: 0 | Cesar: 1 | F.C: 1 | IOP/endométriose stade IV

Grossesse en cours: Grossesse Spontanée Monofoetale

DDR corrigée: 11/06/2021 | DDG: 25/06/2021 | Début de terme: 25/02/2022 | Fin de terme: 25/03/2022

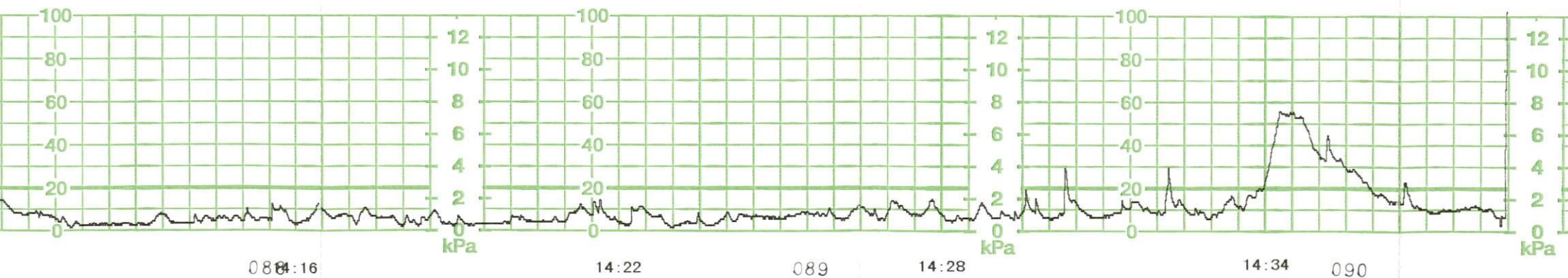
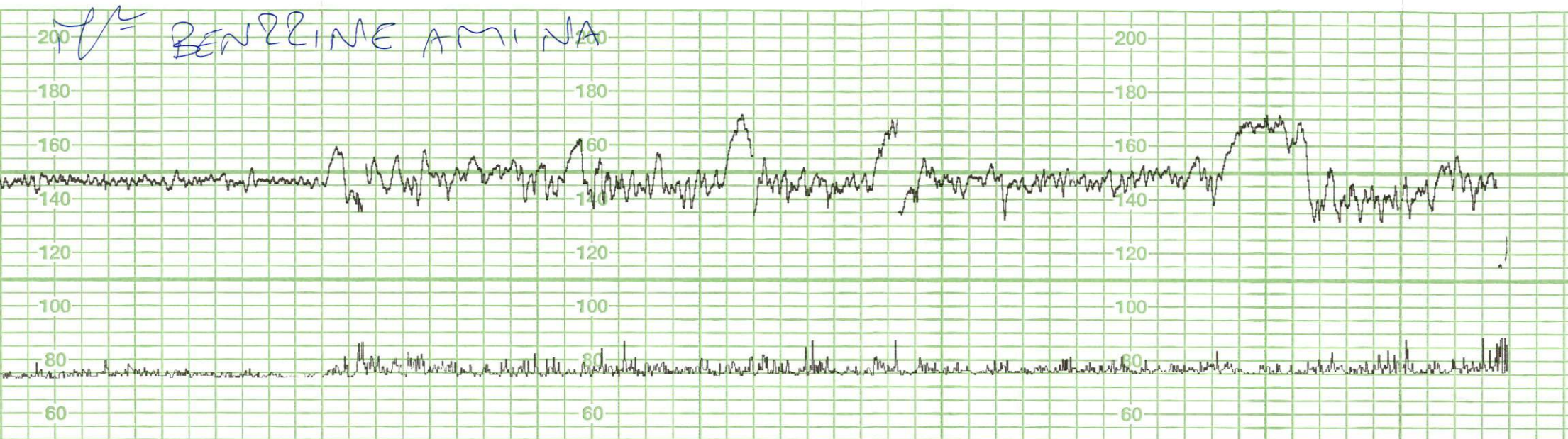
Les éléments de suivi de grossesse et conduites:

| Element suivi | Date | Valeur |
|---------------------------------|------------|-------------------------------|
| Sérologie Toxoplasmose | 31/01/2022 | Reste négative à cette date ; |
| Sérologie Rubéole | 15/10/2021 | Immunité ancienne ; |
| TPHA / VDRL | 15/10/2021 | Négatif |
| Sérologie HIV | 15/10/2021 | Négatif |
| Antigène HBS | 15/10/2021 | Négatif |
| Hémoglobine | 22/02/2022 | 12.7 g/l |
| Plaquettes | 22/02/2022 | 306000 Elmts/mm |
| Taux de prothrombine | 22/02/2022 | 88 % |
| RAI | 15/10/2021 | Négatif |
| Glycemie a jeun: inférieure à | 27/12/2021 | 0.81 g/l |
| Clarté Nucale | 10/09/2021 | 0.90 Millimètre |
| Triple Test: Résultats et Inte | NC | NC |
| Dépistage DG | 27/12/2021 | Négatif. |
| foetus présentation | 22/02/2022 | Céphalique |
| morphologie générale | 27/12/2021 | Normale |
| croissance | 31/01/2022 | Normale ; |
| Estimation poids foetal | 22/02/2022 | 3400 g |
| Liquide amniotique | 22/02/2022 | Quantité suffisante |
| placenta insertion localisa | 22/02/2022 | Normalement inséré ; |
| Phénotype et aspect | 27/12/2021 | XY ; |
| Bassin: Conclusion | 22/02/2022 | Non exploré ; |
| Prélèvement bactériologique des | NC | NC |
| CAT Obstétricale | 22/02/2022 | Césarienne |
| Lieu d'accouchement | 22/02/2022 | Clinique Ghandi. |
| Date d'accouchement | 22/02/2022 | 11/03/2022 |

Résidence GHITA, 11 Rue Ibnou Babek,
1^{er} Étage (Collé à la clinique les IRIS).

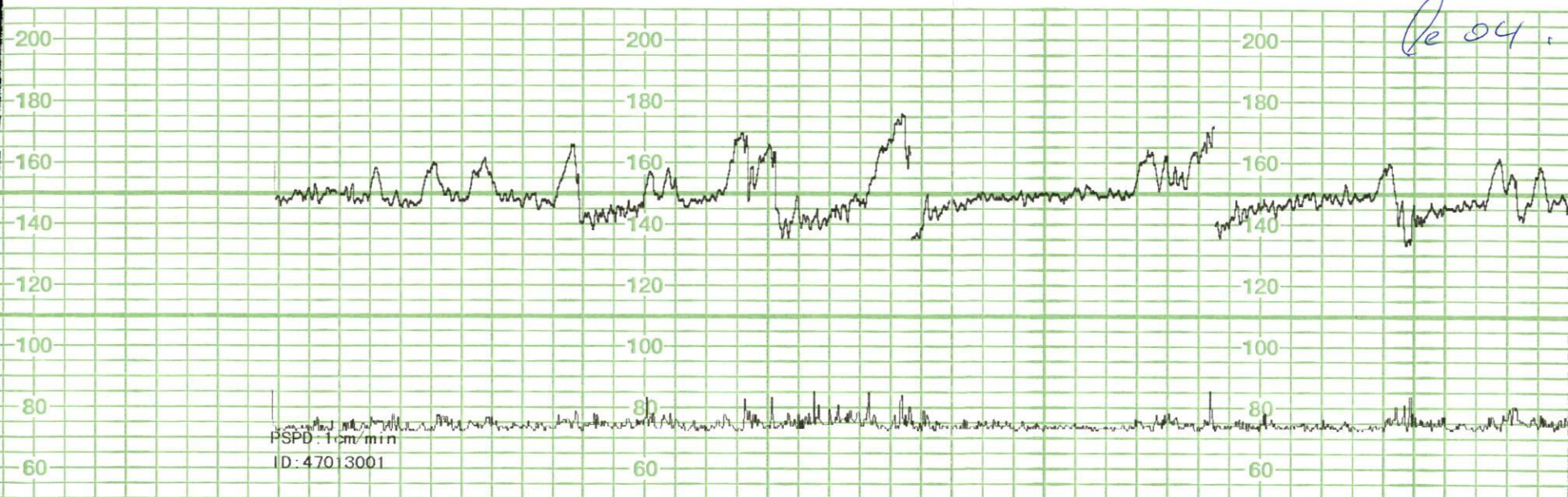
Tél. : +212 522 95 04 39

secretariat@docteurhissane.ma

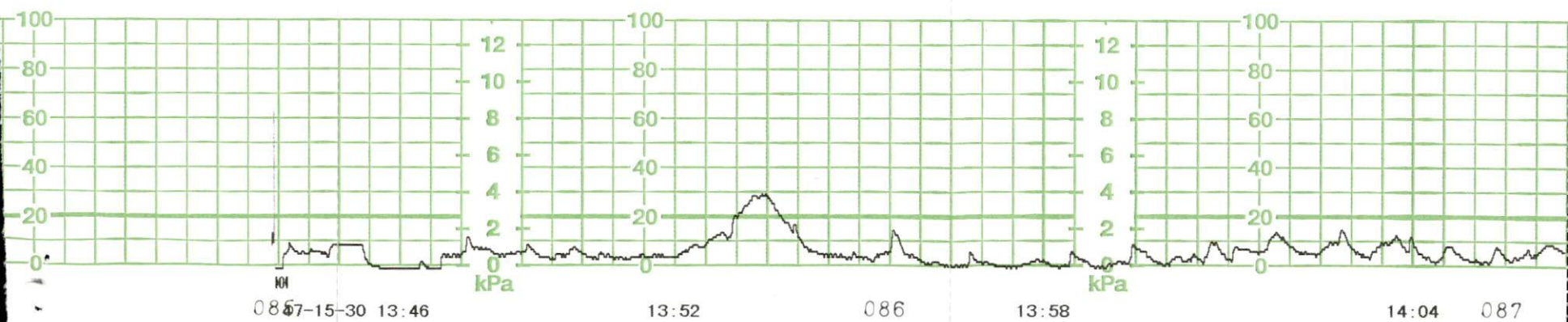


Hôpital:
Nom:

Re 04



PSPD: 1cm/min
ID: 47013001



0857-15-30 13:46

13:52

086

13:58

14:04 087