

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.

adiologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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

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

N° W19-421503

23

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Aut
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12764		Société : ROYAL AIR MAROC	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL KADI RI fatima			
Date de naissance : 01/02/1925			
Adresse :			
Tél. : 06 44 00 48 82		Total des frais engagés : 19600000	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <p>Docteur El Mehdi HISSANE Gynécologue - Obstétricien Stérilité du Couple Résidence Ghila 11 Rue Ibnou Babak 1er Etage App. 1 Racine - 20250 Casablanca Tél. 05 22 95 04 39 - Fax : 05 22 39 80 45</p>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
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'attenté médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclame avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
14/09/19		2	0	Docteur El HASSANE Gynécologue et Médecin Hépato-Gastro- Sénior à l'Assistance Publique Tel. 05 22 95 04 39

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
.....
.....
.....
.....

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire Dar Bouazza N° 23 Lot. Sahl Dar Bouazza CASABLANCA Tél. : 05 22 29 27 39	10/10/19	B 250 + PAVL	250 DHS
	07/10/19	B 1300 +PAVL	1410 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>									
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX									
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS									
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION									
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS									
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS									
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION									

Gynécologue - Obstétricien

Stérilité du couple

Assistance Médicale à la Procréation
(IAC/FIV/FIV-ICSI)

Chirurgie gynécologique

Echographie - Colposcopie

Coelioscopie - Hystéroskopie



الدكتور المهدى حسان

أمراض النساء والولادة

عقم الزوجين

المساعدة الطبية للإنجاب

الجراحة النسوية

الفحص بالصدى

الجراحة والتشخيص بالمنظار

Demande à Mme. EL KADIRI FATINE Epouse CHRAIBI

Prière de faire pratiquer à jeûn:

*Un hémogramme complet: Numération Formule Sanguine avec le compte des Plaquettes.

*Une Recherche des Agglutinines Irrégulières.

*Une Glycémie à Jeûn.

*TSH

Une sérologie:

*TPHA et VDRL

*Hépatite B

*HIV 1 et 2

Un sérodiagnostic :

*Toxoplasmose

*Rubéole

*Cytomégalovirus.

Laboratoire Dar Bouazza
N° 23 Lot. Sahel Dar Bouazza
CASABLANCA
Tél. 05 22 29 27 39

Residence Ghita 11, Rue Ibnou Babek
1er Etage App 1 Racine - 20250 Casablanca
Tél. : 05 22 95 04 39 - Fax 05 22 39 60 45

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

Facture

Nº facture : 2019-3080

Édité le : 07/10/2019 15:37:50

Patient : Mme EL KADIRI Fatine

Date prélèvement : 07/10/2019

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	107,20
RECHERCHE D'AGGLUTININES IRREGULIERES	100	134,00
Glycémie à jeun	30	40,20
TSH us	250	335,00
HEPATITE B : Ag HBs	120	160,80
SEROLOGIE HIV I ET II	200	268,00
TPHA Qualitatif	50	67,00
VDRL Qualitatif	20	26,80
RUBEOLE (IgG)	150	201,00
TOXOPLASMOSE (IgG)	100	134,00
CMV (IgG)	200	268,00
Total B	1300	1 742,00
APB	1,0	25,00
Déplacement		0,00
Remise		357,00
Total		1 410,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille Quatre Cent Dix dirhams ***

Laboratoire Dar Fouazza
N° 23 Lou. Sidi El Dar Fouazza
C.P. 5023 5024
Té. 03 33 33 33 17 00

Facture

N° facture : 2019-2777

Édité le : 14/09/2019 09:40:58

Patient : Mme EL KADIRI Fatine

Date prélèvement : 14/09/2019

Analyses	Valeur en B	Montant
TSH us	250	335,00
Total B	250	335,00
APB	1,0	25,00
Déplacement		0,00
Remise		110,00
Total		250,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux Cent Cinquante dirhams ***

Laboratoire Dar Bouazza
 N° 23 Lot. Sahel Dar Bouazza
 CASABLANCA
 Tél. : 05 22 29 27 39



Casablanca, le 14/09/2019

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 140919-023 Pvt du: 14/09/2019

Nom : Mme EL KADIRI Fatine

Demandé par Dr : EL MEHDI HISSANE

Page : 1 / 1

ENDOCRINOLOGIE

TSH us 2.71 μ U/ml

Valeurs Usuelles

Antériorité

10,80 (09/02/19)

(Technique : ELFA Mini Vidas Biomérieux)

- Euthyroidie : 0,25 à 5 µUI/ml
 - Hyperthyroïdie : < 0,15 µUI/ml
 - Hypothyroïdie : > 7 µUI/ml

Nous vous remercions de votre confiance

~~Laboratoire Dar Bouazza
N° 23 Dr. BAHRI Leyla
CASABLANCA
Tél. : 05 22 29 27 39~~

Mme EL KADIRI Fatine

Dossier N° : 071019-044

Page : 4/4

IMMUNOLOGIE-SEROLOGIE

Valeurs Usuelles

TOXOPLASMOSE (IgG)

Date : 07/10/2019
Titre IgG : 0,00 UI/ml

(Technique : ELFA Mini Vidas Biomérieux)

- < 4 UI/ml : Négatif
- Entre 4 et 8 UI/ml : Equivoque
- > ou = 8 UI/ml : Positif

Absence d'IgG spécifiques détectables.

* Surveillance sérologique mensuelle indispensable jusqu'à l'accouchement et un mois après.

* Mesures d'hygiène et de prophylaxie.

CMV (IgG)

Titre : 0,15 U/ml
Interprétation : Négatif

< 0.8	: Négatif
0.8 - 1.2	: Douteux
> 1.2	: Positif

Nous vous remercions de votre confiance

Dr. BAHRI Leyla

Mme EL KADIRI Fatine

Dossier N° : 071019-044

Page : 3/4

IMMUNOLOGIE-SEROLOGIE

Valeurs Usuelles

HEPATITE B : Ag HBs

(Technique : ELFA MINI VIDAS BIOMERIEUX)

Index	:	0,00
< 0,13	:	Négatif
> ou = 0,13	:	Positif
Interprétation	:	Négatif

SEROLOGIE HIV I ET II

(Technique : ELFA MINI VIDAS BIOMERIEUX)

Index	:	0,06
< 0,25	:	Négatif
>= 0,25	:	Positif
Interprétation	:	Négatif
TPHA Qualitatif	:	Négatif
VDRL Qualitatif	:	Négatif

RUBEOLE (IgG)

(Technique : ELFA Mini Vidas Biomérieux)

Date	:	07/10/2019
Titre IgG	:	88,00 UI/ml

- < 10 UI/ml : Négatif
- Entre 10 et 15 UI/ml : Equivoque
- > ou = 15 : Positif

Présence d'IgG spécifiques. Immunité ancienne probable. En l'absence d'antériorité, un contrôle sérologique dans 3 semaines est indispensable.

Dr. BAHRI Leyla

Mme EL KADIRI Fatine

Dossier N° : 071019-044

Page : 2/4

BIOCHIMIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

(0,7 - 1,15)

1,04 (05/04/18)

Glycémie à jeun

ENDOCRINOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

2,71 (14/09/19)

TSH us

(Technique : ELFA Mini Vidas Biomérieux)

- Euthyroidie : 0,25 à 5 µUI/ml
- Hyperthyroidie : < 0,15 µUI/ml
- Hypothyroidie : > 7 µUI/ml

Dr. BAHRI Leyla



Casablanca, le 08/10/2019

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 071019-044 Pvt du: 07/10/2019

Nom : Mme EL KADIRI Fatine

Demandé par Dr : EL MEHDI HISSANE

Page : 1/4

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Technique : Sysmex XS-1000i)

Erythrocytes	:	4,15 M/ μ l	(4 - 5,4)	3,92 (07/09/18)
Hémoglobine	:	12,50 g/dl	(12 - 16)	11,90 (07/09/18)
Hématocrite	:	35,60 %	(35 - 47)	34,20 (07/09/18)
VGM	:	85,78 fL	(85 - 95)	87,24 (07/09/18)
TCMH	:	30,12 pg	(27 - 32)	30,36 (07/09/18)
CCMH	:	35,11 g/dl	(32 - 36)	34,80 (07/09/18)
Leucocytes	:	10200 /mm ³	(4000 - 10000)	6890 (07/09/18)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

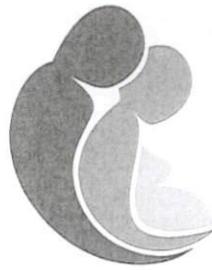
Polynucléaires Neutrophiles	:	71,8 % Soit	7324/mm ³	(1500 - 7000)	3810 (07/09/18)
Polynucléaires Eosinophiles	:	0,8 % Soit	82/mm ³	(Inférieur à 400)	90 (07/09/18)
Polynucléaires Basophiles	:	0,2 % Soit	20/mm ³	(Inférieur à 150)	21 (07/09/18)
Lymphocytes	:	21,1 % Soit	2152/mm ³	(1500 - 4000)	2487 (07/09/18)
Monocytes	:	6,1 % Soit	622/mm ³	(40 - 800)	482 (07/09/18)
PLAQUETTES	:	265,00 10 ³ / μ l		(150 - 400)	277,00 (07/09/18)

IMMUNO- HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

RECHERCHE D'AGGLUTININES IRREGULIERES Négative

Dr. BAHRI Leyla



Cabinet Docteur El Mehdi HISSANE
Gynécologie - Obstétrique - Stérilité du couple

Echographie obstétricale de Madame EL KADIRI FATINE

4036

Date : 10/09/2019

Renseignements cliniques :

- ❖ Age : 24 ans 1 mois 9 jours
- ❖ DDR : 28/07/2019
- ❖ Terme Théorique : 6 Semaines 2 jours

Examen réalisé par un échographe
GE type Voluson S10 3D/4D et HD
live mis en service en 2017.

Indication : Retard de règles + Datation de grossesse.

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE :

- L'utérus est en situation Antéversé et ses contours sont Réguliers.
- Il contient un sac gestationnel avec un embryon en son sein.
- L'embryon mesure **0.56 cm**.
- L'activité cardiaque est présente et régulière monitorée à **120 Bpm**.
- La vésicule ombilicale est visible et son aspect semble normal.
- Le trophoblaste est Normalement implanté et son écho structure est Normale.
- Le corps jaune est Visible ; Sur l'ovaire droit ;
- La longueur cervicale est de 35 mm.
- L'orifice interne du col est fermé.
- Il n'y a pas de liquide dans le Cul de Sac de Douglas.

CONCLUSION:

- Grossesse monoembryonnaire intra-utérine évolutive de **6w 2d -3+4d**.
- La date prévue d'accouchement est au **03.05.2020**.

Cet examen de dépistage présente obligatoirement des limites techniques et variables d'un examen à l'autre ne pouvant envisager une fiabilité à 100% quelque soit la qualité de l'opérateur ou du matériel utilisé.

Docteur El Mehdi HISSANE

Gynécologue - Obstétricien

Stérilité du Couple

Résidence GHITA 11, Rue Ibnou Babek

1er Etage Apt. 1 Racine - 20250 Casablanca

Tél. : +212 522 95 04 39 | E-mail : cabinet.mehdihissane@gmail.com

+212 522 94 29 45

www.docteurhissane.ma