

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

- Reclamation : 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

N° W21-766061

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autre**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12453 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : Bennour EC Mehdi
 Date de naissance : 14/06/1984
 Adresse : Hay Nassim Res les champs q Imm B
 Apt 18
 Tél : 066 2795078 Total des frais engagés : 1070 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/11/2022

Nom et prénom du malade : Bennour EC Mehdi

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection gynécologique

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 médecin conseil de la Mutuelle.

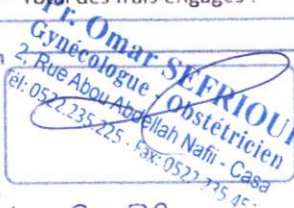
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je décl. avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 11/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
01/10 2022	5 f		5	N° : 08 ANNA 13 Dr. Omar SEFRIOU Gynécologue - Obstétricienne 2 Rue Abou Abdellah M. Tél : 0522.235.225

EXECUTION DES ORDONNANCES

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Casier et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LOANLI BOMAC D. B. Bou Prince Moulay Abdell 12-022.33 77.96 - fax	27	B8001	4000 D. B. Bou Prince Moulay Abdell 12-022.33 77.96 - fax
	10	PC	
	10		

AUXILIAIRES MEDICAUX

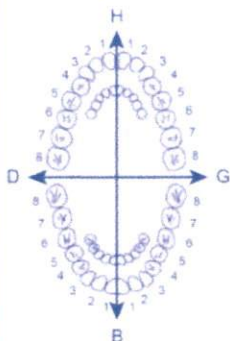
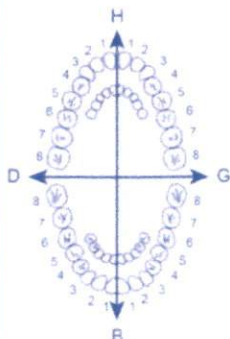
[illegible]

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	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 colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			G		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	G											
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(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

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 : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
				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		COEFFICIENT DES TRAVAUX															
		<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> <td colspan="2">B</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text" value="0.000000"/>	
		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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		DATE DU DEVIS																	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		DATE DE L'EXECUTION																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Omar SEFRIoui

Professeur Agrégé

Gynécologie Obstétrique

Ex enseignant à la faculté de médecine de Casablanca
Ex Responsable des Urgences Maternité Ibn Rochd
Ancien attaché des hôpitaux de Paris (Hôp.A.Béclère)
Ex.Formateur de l'université John Hopkins (Baltimore - USA)
Diplômes européens d'hystéroscopie et de stérilité du couple

Chirurgie gynécologique et Cancérologique
Chirurgie du sein - Coelioscopie - Hystéroscopie
Colposcopie - Echographie 3D et doppler
Diagnostic anténal - Accouchement
Traitement d'incontinence urinaire

Procréation médicalement assistée (FIV-ICSI)

Women's Clinic by (African Fertility clinic)

(Clinique Certifiée ISO 9001 - 2015)

Casablanca, le

01/10/2022

Dr BENNOUR Elmehdi

Séologie myofasciale

Ag HBS

MNC

HV

Mr BENNOUR Elmehdi
00-00-0000



2210010158

A coller sur l'ordonnance

ORDONNANCE

Pr. Omar SEFRIoui
Gynécologue - Obstétricien
2, Rue Abou Abdellah Nafii - Casablanca
Tél: 05 22 235 225 - Fax: 05 22 235 51

www.afc.ma

www.gynecobs.com

2, Rue Abou Abdellah Nafii (Angle Bd.Brahim Roudani) - Casablanca - Tél.: 05 22 235 225 - WhatsApp : 06 93 03 34 92/96 - Fax : 05 22 23 54 51
E-mail : info@gynecobs.com - Mail Clinique : o.sefrioui@afc.ma - E-mail : cabinetprsefrioui@gmail.com

Women's Clinic (By African Fertility Clinic)

5 Rue Ahmed El Moqri 6^{ème} étage - Tél: 05 22 39 05 05 - 05 22 39 00 05

INP : 093001980
IF : 706552
ICE : 001654761000041

FACTURE

Casablanca le 01-10-2022

CLINIC WOMEN'S
Mr Elmehdi BENNOUR
Prescripteur : Pr Omar SEFRIOUI

Demande N° 2210010158

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0276	Mycoplasmes génitaux (Hominis et uréalyticum)	B180	B
0317	Hépatite B / Ag HBS	B120	B
0324	Hépatite C / Dépistage	B300	B
0329	HIV: HIV1+HIV (1+2) dépistage	B200	B

Total des B : 800

TOTAL DOSSIER : 1070.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille soixante-dix dirhams

Dr Nouredine LOUANJLI

مختبر التحاليل الطبية لبوماك
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMAC
Dr. LOUANJLI Nouredine - Biologiste
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa
Tél.: 0522.20.74.22 / 22.14.95 - Fax: 0522.26.83.03

مختبر التحاليل الطبية لبوماك
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMAC
Dr. LOUANJLI Nouredine - Biologiste
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa
Tél.: 0522.20.74.22 - 0522.29.77.06 - Fax: 0522.26.83.03

Prélèvement à Domicile Tél. : 06 77 06 70 95

40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P. 20.080 محج الأمير مولاي عبد الله - الدار البيضاء - رب
Tél : 05.22.47.33.83 / 05.22.20.74.22 / 05.22.29.77.06 / 05.22.22.14.95 / 06.61.06.15.99 / 06.61.06.35.99 / Fax : 05.22.26.83.03

e-mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma
Prélèvements à Domicile Tél.: 06 54 35 63 47 / 06 77 06 70 95 / 06 61 78 93 98

40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P.20.080. محج الأمير مولاي عبد الله - الدار البيضاء - رب

Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 29 77 06 / 05 22 22 14 95 / 05 22 47 40 58 - Fax : 05 22 26 83 03

E-mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

CNSS : 2102391 / ICE : 001654761000041 / Patente : 33202488 / IF : 41502000

Date du prélèvement : 01-10-2022 à 14:40
Code patient : 2210010158
Né(e) le : ()



Mr Elmehdi BENNOUR
Dossier N° : 2210010158
Prescripteur : Pr Omar SEFRIQUI

SEROLOGIE HEPATITE B

Antigène HBs

(Technique ELISA- BIORAD)

Un antigène Hbs négatif n'exclut pas une hépatite B aigue. Il est recommandé d'y associer un AchBc

Absence d'antigène HBs

SEROLOGIE HEPATITE C

SEROLOGIE DE HEPATITE C

Anticorps anti-HCV

(Technique Elisa de 4^{ème} génération détectant les IgG et l'antigène Core)

En cas d'hépatite aiguë, une réponse négative ne signifie pas nécessairement que le VHC n'est pas en cause.

Dans 60% des cas environ, les anticorps ne se positivent que de façon retardée, entre 2 et 9 mois après l'élévation des transaminases ; il est donc conseillé de répéter la recherche.

Sérologie Négative

SEROLOGIE H.I.V

Sérologie de dépistage du H.I.V (HIV 1/2) : Negative

(Technique ELISA 4^{ème} génération: détection Ac anti-VIH et Ag P24)

Le délai moyen entre l'éventuelle contamination et l'apparition des anticorps Anti-HIV1 ou Anti-HIV2 est de 3 à 6 semaines

SEROLOGIE INFECTIEUSE

SEROLOGIE DES MYCOPLASMES UROGENITAUX

Anticorps anti-Mycoplasma hominis:

(Technique d'inhibition métabolique)

Titre Ac anti-Mh:

Sérologie Négative

< 1/2

Anticorps anti-Ureaplasma urealyticum:

(Technique d'inhibition métabolique)

Titre Ac anti-Uu:

Sérologie Négative

< 1/2

Interprétation :

L'interprétation doit être effectuée à partir de 2 sérums prélevés à 15 jours d'intervalle et testés simultanément. Une variation du titre supérieure ou égale à 2 dilutions est significative.

Validé par : Dr Nouredine LOUANJLI

المختبر الطبي لبروماك
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMAC
Dr. LOUANJLI Nouredine - Biologiste
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca
Tél : 0522 20 74 22 - 0522 29 77 06 - Fax : 0522 26 83 03

Prélèvements à Domicile Tél.: 06 54 35 63 47 / 06 77 06 70 95 / 06 61 78 93 98

40. Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P.20.080. رب. محج الأمير مولاي عبد الله - الدا البيضاء - رب.

Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 29 77 06 / 05 22 22 14 95 / 05 22 47 40 58 - Fax : 05 22 26 83 03

E-mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

CNSS : 2102391 / ICE : 001654761000041 / Patente : 33202488 / IF : 41502000