

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-595898

140165

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12050 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FILALI ANSARI HAJAR

Date de naissance : 06/04/1982

Adresse : 59 Boulevard Amal Quartier des Hopital

Tél. : 0661439393 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

AFRICAN FERTILITY CLINIC  
Pr Omar SEFRIOU  
Gynécologue  
Women's Clinic  
5, Rue Ahmad Mokri - Casablanca  
Tél : 0522 39 05 05 / 0522 39 00 05

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : FILALI ANSARI HAJAR Age :

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 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) :

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
29.11.2012	Ces		G	INP : 09.11.21753
AFRICAN FERTILITY CLINIC				
Pr Omar SEFRIQUI				
Gynécologue				

**AFRICAN FERTILITY CLINIC**  
Pr Omar SEFRIQUI  
Gynécologue  
Women's Clinic  
5, Rue Ahmad Mokri - Casablanca  
Tél: 0522 39 00 95

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29 11 2004	3500 + PC	690 DH

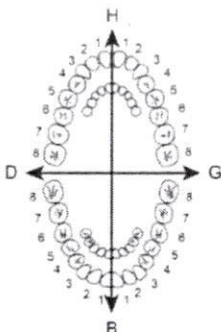
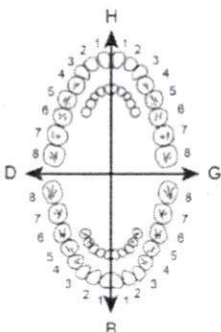
[illegible]

# 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP: | | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

INP : 093001980  
IF : 706552  
ICE : 001654761000041

## FACTURE

Casablanca le 29-11-2022

**CLINIC WOMEN'S**  
**Mme Hajar FILALI ANSARI**  
**Prescripteur : Pr Omar SEFRIOUI**

Demande N° 2211290090

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E22	E
0152	17BOestradiol	B250	B
0157	Progestérone	B250	B

Total des B : 500

TOTAL DOSSIER : 690.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent quatre-vingt-dix dirhams

**Dr Nouredine LOUANJLI**

مختبر التحاليل الطبية لـ بومالك  
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

Prélèvement à Domicile Tél. : 06 77 06 70 95

40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P. 20.080 م.ج. الأمير مولاي عبد الله - الدار البيضاء ر.ب. 40  
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. م.ج. الأمير مولاي عبد الله - الدار البيضاء - ر.ب.  
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 : 29-11-2022 à 10:31  
Code patient : 2107300255  
Né(e) le : ()



**Mme Hajar FILALI ANSARI**  
Dossier N° : 2211290090  
Prescripteur : Pr Omar SEFRIOUI

## BILAN ENDOCRINIEN

### Estradiol

(Technique ECLIA (Cobas Roche - Liaison XL- Mindray 2000CLI))

620.4 pg/mL

26-11-2022

359.4

Valeurs de référence	pg /ml
Femme en période d'activité ovarienne :	
Phase folliculaire	30 à 150
Phase ovulatoire	100 à 450
Phase lutéale	40 à 30
Ménopause :	<50
Homme adulte :	<40

### Progestérone

(Technique ECLIA Cobas Roche - Liaison XL- Mindray 2000CLI)

0.27 ng/mL  
0.86 nmol/L

21-11-2022

0.42

Valeurs de référence	ng /ml
Phase folliculaire	0.2 à 1.7
Phase ovulatoire	0.5 à 2.8
Phase lutéale	4.0 à 25
Ménopause	<0.5
Homme	<0.5

مختبر التحاليل الطبية لـ  
Labomac  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr. LOUANJLI Nouredine Biologiste  
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa  
Tél: 05 22 29 77 06 - Fax: 05 22 26 83 03

Validé par : Dr Nouredine LOUANJLI

Page 1 / 1

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. الدا البيضاء - رب. محج الأمير مولاي عبد الله

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

# 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'hystérocopie et de stérilité du couple

Chirurgie gynécologique et Cancérologique

Chirurgie du sein - Coelioscopie - Hystérocopie

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 29 n 2022

Mme FILALI ANSARI HAJAR

- ESTRADIOL

- PROGEST

Dr. LOUANNI ABDELHAK  
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca  
Tél : 0522 39 05 05 - Fax : 0522 39 05 06  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Mokri

AFRICAN FERTILITY CLINIC  
Pr Omar SEFRIoui  
Gynécologue  
Women's Clinic  
5, Rue Ahmed Mokri - Casablanca  
Tél : 0522 39 05 05 / 0522 39 05 06