

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

AU0164

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12050

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : filali ansai hajas

Date de naissance :

06/04/1982

Adresse :

58 Boulevard Amanal, Quartier de Hapitoua,
Résidence Rad EL Path, casA

Tél. : 066 14 39 39 3

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

26/ 11/ 2022

Nom et prénom du malade :

filali ansai hajas

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection

Gynécologique

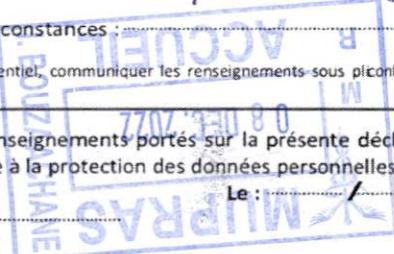
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

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
26-11 2022	Cés		G	INP : 09 M 27713 AFRICAN FERTILITY CLINIC Pr. Omar SEFRIoui Gynécologue Women's Clinic

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. A. A. Al-Sabti Laboratoire d'Analyses et d'ABONNEMENT X ABONNEMENT X Radiologie X Prince (530) X 14.12.	26/12/2017	B 250 + PC	360 D 17

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'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. PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</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 colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G														
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D															
	B															
	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																

INP : 093001980
 IF : 706552
 ICE : 001654761000041

FACTURE

Casablanca le 26-11-2022

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

Demande N° 2211260090

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E22	E
0152	17BOestradiol	B250	B

Total des B : 250

TOTAL DOSSIER : 360.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent soixante dirhams

Dr Noureddine LOUANJLI

مختبر التحاليل الطبية لوعاء
 Laboratoire d'Analyses Médicales
 LABOMAC
 Dr. LOUANJLI Noureddine - Biologiste
 40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca
 Tel: 0522.20.74.22/22.14.95 - Fax: 0522.26.83.03



Prélèvement à Domicile Tél. : 06 77 06 70 95

40، مسح الأمير مولاي عبد الله - الدار البيضاء، رب
 Tel : 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 : labomac@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

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 : 26-11-2022 à 11:36
 Code patient : 2107300255
 Né(e) le : ()



Mme Hajar FILALI ANSARI
 Dossier N° : 2211260090
 Prescripteur : Pr Omar SEFRIoui

BILAN ENDOCRINIEN

Estradiol

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

359.4 pg/mL

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



Validé par : Dr Noureddine LOUANJI

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. 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

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 - Hystéroskopie

Colposcopie - Echographie 3D et doppler

Diagnostic anténatal - Accouchement

Traitements d'incontinence urinaire

Procréation médicalement assistée (FIV-ICSI)

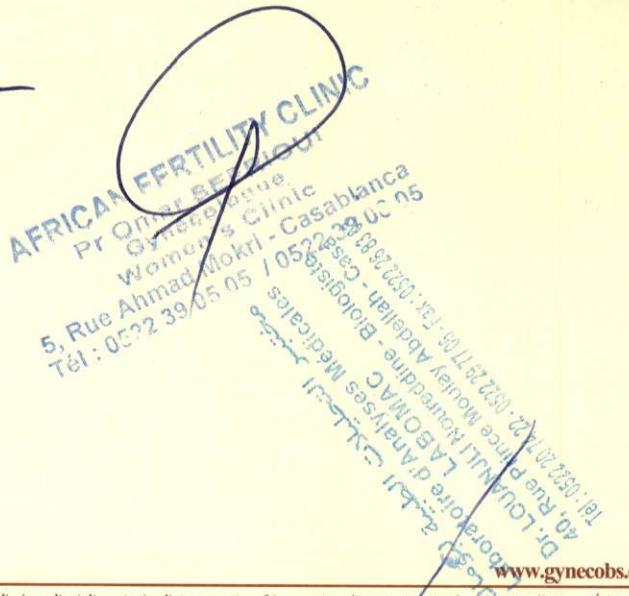
Women's Clinic by (African Fertility clinic)

(Clinique Certifiée ISO 9001 - 2015)

Casablanca, le 26 m. 2022

Mme FILALI ANSARI HAJA

- ESTRADOL



www.afc.ma

www.gynecobs.com

2، زنقة أبو عبد الله نافع (زاوية شارع إبراهيم الروداني وزنقة رواق بنعمر) المعاريف - الدار البيضاء الهاتف : 05 22 235 225 - الفاكس : 05 22 235 451

2, Rue Abou Abdellah Nafri (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