

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 Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal 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

Déclaration de Maladie

N° W19-595886

146349

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12050 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Filali Anasir Hajar

Date de naissance : 06/04/1982

Adresse : 58 Boulevard Anoual, Quartier de Hopitara

Residence BABEL FATH - Casa

Tél : 0661439393 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

AFRICAN FERTILITY CLINIC

Pr Omar SEFRIQUI

Gynécologue

Women's Clinic

5, Rue Ahmad Mokri - Casablanca

Tél : 0522 39 05 05 / 0522 39 06 05

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/12/2022

Nom et prénom du malade : Filali Anasir 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) :

[Signature]

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
05.12 2022	FIV		20 000 D.T.	INP : 99M27753
				AFRICAN FERTILITY CL Pr Omar SEFRIOUI Gynécologue à Clé

5, Rue Ahmad Mokri - Casablanca
Tél : 0522 39 04 05 / 0522 39 00 05

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

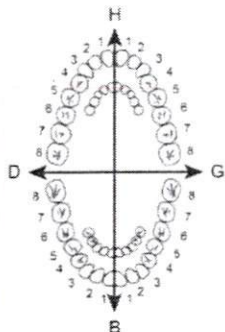
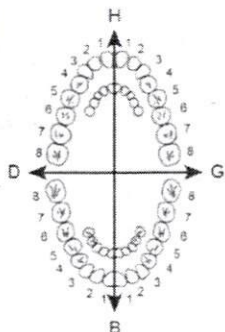
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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											
	[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca Le, 05/ 12/ 2022

Honoraires DR AFILAL

Concernant Mme FILALI ANSARI HAJAR

Reçu la somme de 9000 ,00 DHS

AFRICAN FERTILITY CLINIC
S.A.R.L.
5, Rue Ahmed El Mokri
Angle Bd. Anfa Quartier Racine
CASABLANCA

Casablanca Le, 05/ 12/ 2022

Honoraires DR LOUANJLI

Concernant Mme FILALI ANSARI HAJAR

Reçu la somme de 9000 ,00 DHS

AFRICAN FERTILITY CLINIC
Dr. Nouredine LOUANJLI
Biologiste Médical - Embryologiste
Women's Clinic
Rue Ahmed Mokri - Casablanca
Tél : 0522 39 05 05 / 0522 39 00 06

Casablanca Le, 05/ 12/ 2022

Honoraires Pr SEFRIQUI

Concernant Mme FILALI ANSARI HAJAR

Reçu la somme de 7500 ,00 DHS

AFRICAN FERTILITY CLINIC
Pr Omar SEFRIQUI
Gynécologue
Women's Clinic
Rue Ahmed Mokri - Casablanca
Tél : 0522 29 05 05 / 0522 29 03 05

Casablanca, le 05/12/2022

NOM : FILALI
PRENOM : ZINEB

DETAILLE PHARMACIE

Médicaments	Quantité	Total
SERINGUE DE 5	02	
GANTS STERILES	03	
COMPRESS 05	03	
PERFUSEUR	02	
PROPOFOL	02	
FANTANYL	01	
INTRANULE	02	
ELECTRODE	05	
TOTAL		675DH

Arrête la présente facture à la somme de : SIX CENT
SOIXANTE QUINZE DIRHAMS

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




Première Clinique de Fertilité Certifiée ISO 9001- 2015 dans le Maghreb
Clinique récompensée « Top Quality Management London 2012 », European Award for Best Practices VIENNA 2013



ICE : 002322705000084, RC : 454587, PATENTE : 34796086, IF : 37706482, CNSS : 1883707

5, Rue Ahmed El Mokry, Bd. d'Anfa Racine 6^{ème} étage Tél. : +212 5 22 39 00 05 / +212 5 22 39 05 05

E-mail : secretariat@afc.ma - Site Web : www.afc.ma / www.gynecobs.com / womensclinic.ma Numéro d'urgence 24/24 06 42 50 56 16

	FORMULAIRE	Référence : E2-PV02 Révision : 01
	COMPTE RENDU FIV	Date : 11/09/12 Page : 1/1

DATE 05/12/2022 **CENTRE** AFC
REFERENCE 160514 **MEDECIN** SEFRIQUI

Informations couple

NOM PATIENTE	FILALI ANSARI	NOM CONJOINT	IBRAHIM
PRENOM PATIENTE	HAJAR	PRENOM CONJOINT	AHMED
DATE DE NAISSANCE	06/04/1982	DATE DE NAISSANCE	14/03/1974
ADRESSE			
RANG TENTATIVE	1		

SPERME

VOLUME	2,5MI	FORMES MOBILES	40%
NUMERATION	52 M/ML	FORMES NORMALE	12%

CYCLE

AMH SERIQUE	0,53 ng/ml	PROGESTERONE	0,51 ng/ml
-------------	------------	--------------	------------

PROTOCOLE

TYPE CYCLE	ANTAGONISTE
FSH UTILISE	GONAL F+PERGOVERIS
DOSE QUOTIDIENNE	150P+150G
DIAMETRE MOYEN DES FOLLICULES	17 mm
DOSE TOTALE	3300 UI
DUREE DE L'INDUCTION	11JOURS
EPAISSEUR ENDOMETRE AU DECLENCHEMENT	11mm

FECONDATION

NOMBRE D'OVOCYTES OBTENUS	8
OVOCYTES STADE Meta II	4+2MI
NOMBRE DES EMBRYONS OBTENUS	5
NBR D'EMBRYONS TRANSFERES	0
NBR DE BLASTOCYSTES TRANSFERES	1J5(4AA)
NBR DES OVOCYTES CONGELES	0
NBR DES ZYGOTES CONGELES	0
NBR D'EMBRYONS CONGELES	0
NBR DE BLASTOCYSTES CONGELES	3J5

Casablanca le

05/12/2022

FACTURE 22-245 ICE
002322705000084

Nom : FILALI ANSARI
Prénom : HAJAR

FECONDATION IN VITRO

Clinique	Tarif	Nombre	Total
Chambre	300	1	300,00 DH
Bloc opératoire	1000		1 000,00 DH
AMI	150	1	150,00 DH
Perfusion	75	1	75,00 DH
Pharmacie	675	1	675,00 DH
kit de ponction	300		300,00 DH
Pr Sefrioui	7500		7500,00 DH
Anesthésiste Dr Afilal	1000		1 000,00 DH
Biologiste Dr Iouanjli	9 000		9 000,00 DH
Total			20 000,00 DH

Arrêtée la présente facture a la somme de : **Vingt Mille Dirhams**

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



Première Clinique de Fertilité Certifiée ISO 9001- 2015 dans le Maghreb
Clinique récompensée « Top Quality Management London 2012 », European Award for Best Practices VIENNA 2013



ICE : 002322705000084, RC : 454587, PATENTE : 34796086, IF : 37706482, CNSS : 1883707

5, Rue Ahmed El Mokry, Bd. d'Anfa Racine 6^{ème} étage Tél. : +212 5 22 39 00 05 / +212 5 22 39 05 05

E-mail : secretariat@afc.ma - Site Web : www.afc.ma / www.gynecobs.com / womensclinic.ma Numéro d'urgence 24/24 06 42 50 56 16