

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 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

Déclaration de Maladie

M22- 0053121

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12050 Société : 152631
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Filaliansari Hajou
 Date de naissance :
 Adresse : 58 Boulevard Anoual quartier de Horloge
 Tél. : 0661439393 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Filaliansari Hajou Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Gynécologique
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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) :

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
07.02 2023	CD			

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
	07/02/23	B 2501 PC	3500

AUXILIAIRES MEDICAUX

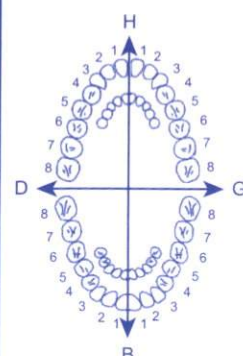
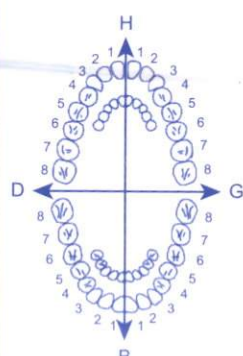
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date du prélèvement : 07-02-2023 à 11:51
Code patient : 2302070135
Né(e) le : ()



Mme Hajar FILALI ANSARI

Dossier N° : 2302070135

Prescripteur : Pr Omar SEFRIOUI

BILAN ENDOCRINIEN

Progestérone

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

0.10 ng/mL

0.32 nmol/L

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 التحليلات الطبية ليوانجلي
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. LOUANJLI LABOMAC Biologiste
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa
Tél: 0522 20 74 22 - 0522 29 77 06 - Fax: 0522 26 83 03

Validé par : **Dr Noureddine 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. محج الأمير مولاي عبد الله - الدا 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

INP : 093001980
IF : 706552
ICE : 001654761000041

FACTURE

Casablanca le 07-02-2023

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

Demande N° 2302070135

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E22	E
0157	Progestérone	B250	B

Total des B : 250

TOTAL DOSSIER : 360.00 DH

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

Dr Nouredine LOUANJLI

مختبر التحاليل الطبية لـ لوانجلي
Dr. LOUANJLI Nouredine - Biologiste
Laboratoire d'Analyses Médicales
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa
Tél: 0522 20 74 22 - 0522 29 77 06 - Fax: 0522 26 83 03

مختبر التحاليل الطبية لـ لوانجلي
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 محج 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 : 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. محج الأمير مولاي عبد الله - الدار البيضاء - ر.ب. 40
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 - Ancien attaché des hôpitaux de Paris (Hôp. A. Bécère) -
Ex. Formateur de l'université John Hopkins (Baltimore - USA) - Diplômes européens d'hystérocopie et de stérilité du couple

Chirurgie endoscopique et Cancérologique - Chirurgie du sein - Colposcopie - Echographie 4D et doppler -
Diagnostic prénatal - Accouchement - Traitement d'incontinence urinaire - Pelvi-périnéologie - Grossesse et maternité
Chirurgie endoscopique

Assistance médicale à la procréation (FIV-ICSI)
Women's Clinic by (African Fertility clinic)
(Clinique Certifiée ISO 9001 - 2015)

Casablanca, le 27.02.2023

Mme FILALI ANSARI HAJAR

Dr. LOUANLI LABOMAC
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa
Tél : 0522 20 74 12 - 0522 26 71 06 - Fax : 0522 26 83 03
مختبر التحليلات الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMAC - Biologiste

- P19 Gest

AFRICAN FERTILITY CLINIC
Dr. Omar SEFRIoui
Gynécologie
Women's Clinic
5, Rue Ahmad Mokri - Casablanca
Tél : 0522 39 05 05 / 0522 39 00 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 05 05 / +212 5 22 39 00 05
Pour RDV : +212 5 22 23 52 25 - +212 5 22 23 54 51 - WhatsApp : 06 93 03 34 92 / 96

Mail : cabinetprsefroui@gmail.com - Site Web : www.womensclinic.ma / www.afc.ma / www.gynecobs.com
Numéro d'urgence 24/24 : 06 42 50 56 16