

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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- 0053123

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12050 Société : 158635  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Filali Ansari Hajar  
Date de naissance :  
Adresse : 58 Boulevard Anoual Ancien des Hopitales Casa  
Tél. : 0661439393 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**AFRICAN FERTILITY CLINIC**  
Pr Omar SEFRIoui  
Gynécologue  
Women's Clinic  
5, Rue Ahmad Mokri - Casablanca  
Tél : 0522 39 05 05 / 0522 39 02 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  
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) :

# 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
06.02.2023	C.D		G	

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

# 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
	06/02/23	B500+ PC	690DT

# AUXILIAIRES MEDICAUX

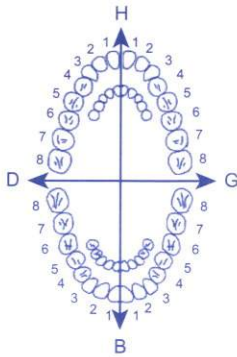
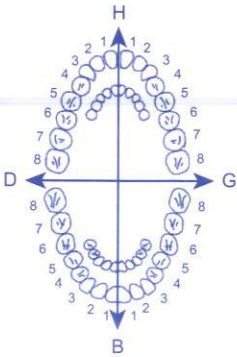
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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"> <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>D</td> <td>G</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	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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"/>														
			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

**Docteur Omar SEFRIQUI**  
**Professeur Agrégé - Gynécologie Obstétrique**

Ex. enseignant à la faculté de médecine de Casablanca - Ancien attaché des hôpitaux de Paris (Hôp. A. Bécclère) -  
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 06.02.2023

Mme FILALI ANSARI HAJAR

- ESTRADIOL

- PROGEST

AFRICAN FERTILITY CLINIC  
Dr. Omar SEFRIQUI  
Gynécologie  
Women's Clinic  
Dr. Ahmad Mokri - Casablanca  
Tél : 0522 39 00 05 / 0522 39 00 05  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr. LOUANDA ABOUABDELKADER  
Tél : 0522 20 14 12 - 0522 18 77 06  
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa



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



International  
Quality Crown  
Award London 2013

ICE : 002322705000084, RC : 454587, PATENTE : 34796086, IF : 37706482, CNSS : 1883707  
5, Rue Ahmed El Mokry, Bd. d'Anfa Racine 6<sup>ème</sup> 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  
E-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

Date du prélèvement : 06-02-2023 à 10:55  
Code patient : 2302060091  
Né(e) le : ( )

Mme Hajar FILALI ANSARI  
Dossier N° : 2302060091  
Prescripteur : Pr Omar SEFRIOUI



## BILAN ENDOCRINIEN

### Estradiol

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

264.1 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

### Progestérone

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

0.14 ng/mL  
0.45 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

Dr. LOUANJLI  
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

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. 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

INP : 093001980  
IF : 706552  
ICE : 001654761000041

## FACTURE

Casablanca le 06-02-2023

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

Demande N° 2302060091

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 Noureddine LOUANJLI**

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

مختبر التحليلات الطبية ليومالك  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
LABOMAC  
Dr. LOUANJLI Noureddine - Biologiste  
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa  
Tél: 0522 20 74 22 / 22 14 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 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. 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