

# 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- 0053134

☐ 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 : 06/10/1982

Adresse : 57 Boulevard Anoual quartier des Hôpitaux

Tél : 0661439393 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/12/2023

Nom et prénom du malade : M<sup>me</sup> FILALI ANSARI Hajar Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Femme avec en vitro

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) :



[illegible]

|          |                           |        |   |   |
|----------|---------------------------|--------|---|---|
| 13/12/23 | Voir la facture ci-jointe | 9500,- | 4 |  <b>CLINIQUE EL ANASSIR</b><br>35, Bd Anoual-Casablanca<br>Tel: 0522 86 55 66 Fax: 0522 86 55 77 |
|----------|---------------------------|--------|---|---|

|        |  |
|--------|--|
| Classe | Cachet et signature du Médecin attestant le traitement des Actes |
|--------|--|

CLINIQUE L'HERITAGE  
35, Bd Anoual-Casablanca  
Tél: 0522 86 55 66 Fax: 0522 86 55 77

[illegible][illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |          |                                 |                           |
|--|----------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
| 13.12.2023<br>X  | 12.12.23 | 6502<br>B790                    | 206 DH                    |

|            |         |             |   |
|------------|---------|-------------|---|
| 13 12 2023 | facture | 6509e Labor | Accepted<br>Boulevard de l'Industrie<br>Tel: 05 22 88 09 10 Fax: 363604 |
| 12 12 23   | B790    | 93          | 0605 D4   |

|            |         |             |   |
|------------|---------|-------------|---|
| 13 12 2023 | facture | 6509e Labor | Accepted<br>Boulevard de l'Industrie<br>Tel: 05 22 88 09 10 Fax: 363604 |
| 12 12 23   | B790    | 93          | 0605 D4   |

[illegible]

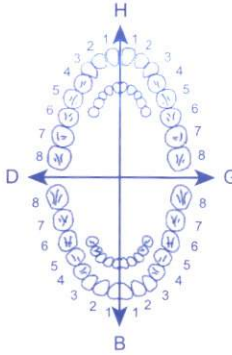
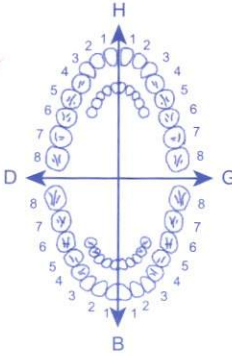
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

## 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<br>Traitées   | Nature des<br>Soins | Coefficient |  |  |
|--|---|---------------------|-------------|--|--|
|   |   |                     |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> |  |
|  |   |                     |             |  |  |
|  |   |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>      |  |
|  |   |                     |             |  |  |
|  |   |                     |             | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>       |  |
|  |   |                     |             |  |  |
|  |   |                     |             | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>         |  |
|  |   |                     |             |  |  |
|  |   |                     |             |  |  |
|  |   |                     |             |  |  |
|  | <b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>                     25533412<br/>                     00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>                     21433552<br/>                     00000000<br/> <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">                     00000000<br/>                     35533411<br/> <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">                     00000000<br/>                     11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> |                     |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> |  |
|  | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                     |             |  |  |
|  |   |                     |             |  | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>  |
|  |   |                     |             |  |  |
|  |   |                     |             |  | DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>       |
|  |   |                     |             |  |  |
|  |   |                     |             |  | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> |
|  |   |                     |             |  |  |
|  |   |                     |             |  |  |
|  |   |                     |             |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.**

[illegible]

|  |  |          |  |
|--|--|----------|--|
|  | <b>H</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 25533412<br/>00000000 </div> <div style="text-align: left;"> 21433552<br/>00000000 </div> </div>  | <b>G</b> | <b>Coefficient<br/>des Travaux</b><br><input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
|  | <b>D</b>   | <b>B</b> | <b>Montants<br/>des Soins</b><br><input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>      |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |          | <b>DATE DU<br/>DEVIS</b><br><input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>           |
|  | <input style="width: 100%; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/><br><input style="width: 100%; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/><br><input style="width: 100%; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/><br><input style="width: 100%; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/><br><input style="width: 100%; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/><br><input style="width: 100%; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/> |          | <b>DATE DE<br/>L'EXECUTION</b><br><input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Centre de Biologie Médicale

Docteur Mounir Filali : Pharmacien Biologiste - Cytogénéticien - Biologiste de la Reproduction

Casablanca le 13/12/2023

A l'attention de : Mme FILALI ANSARI HAJAR

FACTUREN° : 23A179/01

| Acte                 | Prix TTC | Total TTC  |
|----------------------|----------|------------|
| Fécondation In Vitro | 6500.00  | 6500.00 DH |

**Laboratoire G Lab**  
Accusé Document  
93, Boulevard Anoual - Casablanca  
Tél: 05 22 86 09 10 - Fax: 05 22 86 08 95  
TP: 36336941



CENTRE DE FERTILITÉ L'HERMITAGE  
مركز لارميطاج للخصوبة

## Compte rendu de la tentative de FIV / ICSI

N° DOSSIER : 23A179

N° TENTATIVE : 1

Madame : FILALI ANSARI HAJAR

DDN : 06/04/1982

Monsieur : IBRAHIM AHMED

DDN : 14/03/1974

Voici le compte rendu de votre tentative à la procréation médicalement assistée du 13/12/2023

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Stimulation :                 | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Protocole de stimulation : Antagoniste</li><li>▪ Analogue de la Gn-HR :</li><li>▪ Gonadotrophine :</li><li>▪ Dose totale de FSH : UI</li><li>▪ Durée de stimulation : jours</li></ul> |
| Déclenchement d'ovulation     | Le 11/12/2023   |
| Origine du sperme             | <div><input checked="" type="checkbox"/> Ejaculat</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Frais</div> <div><input type="checkbox"/> Testiculaire</div> <div><input type="checkbox"/> Congelé</div>                     |
| Nombre d'ovocyte recueillis : | 2 Ovocytes MII<br>Le 13/12/2023   |
| Nombre d'embryons obtenus:    | 2 Embryons dont : <ul style="list-style-type: none"><li>▪ 1 Embryon transféré à J2</li><li>▪ 1 Embryon congelé à J3</li></ul>   |

Signature

Médecin traitant

Dr M. BENJELLOUN

Biologiste

Dr. FILALI Mounir  
Directeur de la Clinique PMA  
CLINIQUE L'HERMITAGE  
Tél : 05 22 86 47 99



.Diplôme en procréation  
médicale assistée (PMA)  
PARIS

Diplôme en chirurgie  
coelioscopique  
de l'Université Victor  
Segaien - Bordeaux

Ex Médecin de la maternité  
de l'Hôpital Hassan II

Ancien Spécialiste  
attaché à la maternité  
Universitaire  
Souissi - Rabat

Accouchement  
Chirurgie gynécologique  
et mammaire  
Infertilité du couple  
Cancéologie  
Maladie du sein  
Ménopause  
Infection Sexuellement  
Transmissible (IST)  
Echographie  
Colposcopie  
Coelioscopie  
Hystéroscopie

# Dr Majid BENJELLOUN

## Gynécologue - Obstétricien

Casablanca, le :

11 DEC. 2023

Nom et Prénom : *Y. HAJI ANSARI HAJAR*

*VOIR - TOUT  
Souligner vers B-c  
Hiv.*



Dr Majid BENJELLOUN  
Gynécologue - Obstétricien  
Anoual Capital Center 213 entre C et 416 entre A  
Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual Etg 5  
N°24 au Dessus de Carrefour Casablanca  
Tél 0522 86 30 87 Urgence 06 61 66 30 33

*[Signature]*

Nom et signature du prescripteur :

ANOUAL CAPITAL 213 entrée C et 416 entrée A, Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual  
5<sup>ème</sup> étage N°24 au dessus de CARREFOUR - Casablanca

رقم 213 مدخل C و 416 مدخل A زاوية شارع عبد المومن وشارع أنوال  
الطابق الخامس رقم 24 فوق كارفور - الدرا البيضاء

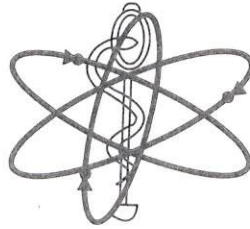
Tél : +212 522 86 30 87 / 08 08 31 14 09 / +212 661 66 30 33

E-mail : cabinet.benjelloun@gmail.com / benjelloun.majid@yahoo.fr

f Dr Majid Benjelloun Gynécologue / Facebook

# Laboratoire Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale  
Biologie Moléculaire  
Biologie Spécialisée  
Radio immuno-analyse  
Diagnostic Prénatal



مختبر أنوال

**Docteur Jamal FEKKAK**

Radio-biologiste  
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Diplômé de l'Université Paris VII  
et de l'Institut Pasteur de Paris  
Biologiste Qualiticien

DR : Dr Majid BENJELLOUN

Adresse :

Mme Hajar FILALI ANSARI

Né(e) le : 06-04-1982

Dossier N° : 2312120042

Date de l'examen : 12-12-2023

Prélevé le : 12-12-2023 12:12 en interne

Edité le : 12-12-2023

Page 1 / 1



ACCREDITATION  
N° 8 3245  
Portée disponible sur  
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

## SEROLOGIE INFECTIEUSE

Echantillon primaire : Sérum

**Anticorps anti-HCV [AC]**  
(ECLIA-COBAS 6000® Roche)

Indice

Négative:  $I < 0,9$

Douteux:  $0,9 < I < 1$

Positive:  $I > 1$

0.044

NEGATIF

**Sérologie HIV Ac/Ag [AC]**

(Immunoluminescence-CLIA - Cobas 6000-Roche)

Indice

Commentaire

Négative:  $I < 0,9$

Douteux:  $0,9 < I < 1$

Positive:  $I > 1$

0.262

NEGATIF

**Antigène HBS [AC]**

(ECLIA-COBAS 6000® Roche)

Indice

Négative:  $I < 0,9$

Douteux:  $0,9 < I < 1$

Positive:  $I > 1$

0.441

NEGATIF

**TPHA**

(Hémagglutination)

Négative

**VDRL**

(RPR - Carbon BioSystems)

Négative

*Confiance*  
*Fekkar*

DR. GOULLAL Mohamed

PATIENT :

Mme FILALI ANSARI Hajar

HONORAIRES :

300,00

(TROIS CENTS DIRHAMS )

DR. BENJELLOUN Majid

PATIENT : Mme FILALI ANSARI Hajar

HONORAIRES : 7 500,00  
(SEPT MILLE CINQ CENTS DIRHAMS )

Dr. Majid BENJELLOUN  
Gynécologue Obstétricien  
213 Entrée C N° 416 L'Ange A Angle B  
Sodeimouchat Bd Aboual Ely 5 N° 24  
2022 85 30 87





PATIENT : Mme FILALI ANSARI Hajar  
SEJOUR : Du 13/12/2023 au 13/12/2023

FACTURE : 202301571  
DU : 13/12/2023

Etablie par : N. Nadia

## CLINIQUE

| Prestation     | Quantité | Prix Unitaire | Total    |
|----------------|----------|---------------|----------|
| FRAISCLINIQUE  | 1        | 1 700,00      | 1 700,00 |
| TOTAL CLINIQUE |          |               | 1 700,00 |

## ENCAISSEMENT COMPTE AUTRUI

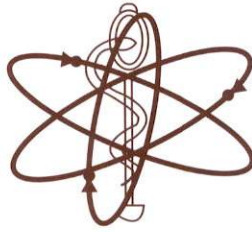
| Prestation                    | Quantité | Prix Unitaire | Total    |
|-------------------------------|----------|---------------|----------|
| DR. BENJELLOUN Majid          | 1        | 7 500,00      | 7 500,00 |
| Honoraire DR. GOULLAL Mohamed | 1        | 300,00        | 300,00   |
| TOTAL AUTRUI                  |          |               | 7 800,00 |

Arretée la presente facture à la somme de NEUF MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

L'article 6 de la loi de finances (L.F.) n° 100-14 pour l'année budgétaire 2015, promulguée par le dahir n°1.14.195 du 1er rabii I 1436 (24 décembre 2014) relative aux droits de timbres

|           |          |
|-----------|----------|
|           | PATIENT  |
| TOTAL TTC | 9 500,00 |

CLINIQUE L'HERMITAGE  
35, Bd Anoual - Casablanca  
Tél: 0522 86 55 66 Fax: 0522 86 55 77



**FACTURE N° 2312120042**

**Mme Hajar FILALI ANSARI**

Demande N° 2312120042

Date de l'examen : 12-12-2023

Analyses :

### Récapitulatif des analyses

| CN   | Analyse                 | Val  | Clefs |
|------|-------------------------|------|-------|
| PSAD | Prélèvement sang adulte | E25  | E     |
|      | Sérologie Syphilis      | B50  | B     |
|      | Sérologie Syphilis      | B20  | B     |
|      | Sérologie Hépatite C    | B300 | B     |
|      | Ag HBS                  | E250 | E     |
|      | Sérologie HIV Ac/Ag     | E300 | E     |

Total des B : 370

TOTAL DOSSIER : 1060 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille soixante dirhams DH

