

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

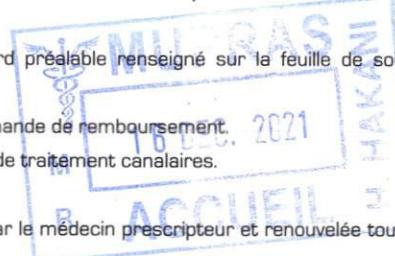
## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 120.11 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHENTALLI MOHAMED

Date de naissance : 16.04.1988

Adresse : Residence Anzbar 3 Quartier ALCIAZ Casablanca

Appt K 23

Tél. : 06.14.15.43.11 Total des frais engagés : 1000 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01.12.2021

Nom et prénom du malade : SELMA NAJI Age : 31

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca Le : 16/12/2021

Signature de l'adhérent(e) : h

# 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
01.12.2021	Fi ✓		18000.00	AFRICAN FESTIVAL Pr. Omer Gyorgy - Casablanca Worlde Ahmad Mokri - Casablanca Rue Ahmad Mokri 19, 05 05 0522 305

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CASA ALMA Res Zahroni Lot 33 Mag N°2 H H Casablanca	01.12.21	308,50 Dhs

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

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

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 canalaires, ainsi que le bilan d																					
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	D	00000000	00000000				B		
	H	25533412	21433552																		
	D	00000000	00000000																		
		35533411	11433553																		
	D	00000000	00000000																		
	B																				
	[Création, remont, adjonction]																				
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
<b>Coefficient DES TRAVAUX</b>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b>  <b>FIN D'EXECUTION</b>  <b>Coefficient DES TRAVAUX</b>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <b>DATE DU DEVIS</b>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b>	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

- Exploration du couple infertile
- Assistance Médicale à la Procréation
- Insémination artificielle avec le sperme du conjoint (IAC)
- Fécondation In Vitro conventionnelle (FIV)
- Micro-injection Intra-cytoplasmique du spermatozoïde (ICSI)
- Micro-injection ultra-microscopique (IMSI)
- Diagnostic Pré-implantatoire (DPI)
- Congélation des gamètes et embryons
- Préservation de la fertilité
- Laser Hatching des embryons
- Hystéroscopie diagnostique et opératoire
- Réjuvénation vaginale (laser (CO2) - Diode)
- Ménopause

Le 01/12/2021

Dr. A. Salm A

Lot: LF22435A  
Per: 01/2023  
PPV: 61 DH 70

Lot: LF22435A  
Per: 01/2023  
PPV: 61 DH 70

Lot: LF22435A  
Per: 01/2023  
PPV: 61 DH 70

61,70 x 5 = 308,50

Gestel 200 ml x 8



2 Juillet le matin par voie  
2 Juillet le Soir Vaginal

PHARMACIE CASA ALMAZ  
Res Zarhoni Lot 33 Mag N° 2  
HH Casablanca

Lot: LF22435A  
Per: 01/2023  
PPV: 61 DH 70

Lot: LF22435A  
Per: 01/2023  
PPV: 61 DH 70

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



- Exploration du couple infertile
- Assistance Médicale à la Procréation
- Insémination artificielle avec le sperme du conjoint (IAC)
- Fécondation In Vitro conventionnelle (FIV)
- Micro-injection Intra-cytoplasmique du spermatozoïde (ICSI)
- Micro-injection ultra-microscopique (IMSI)
- Diagnostic Pré-implantatoire (DPI)
- Congélation des gamètes et embryons
- Préservation de la fertilité
- Laser Hatching des embryons
- Hystéroscopie diagnostique et opératoire
- Réjuvénation vaginale (laser (CO2) - Diode)
- Ménopause

**Casablanca le 01/12/2021**

FACTURE 21-128 ICE  
002322705000084

**Nom :**  
**Prénom :**

**NAJI**  
**SELMA**

FECONDATION IN VITRO

<b>Clinique</b>	<b>Tarif</b>	<b>Nombre</b>	<b>Total</b>
Chambre	300	1	300,00 DH
Bloc opératoire	500		500,00 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	6000		6 000,00 DH
Anesthésiste Dr Afilal	1000		1 000,00 DH
Biogiste Dr Louanjli	9 000		9 000,00 DH
			<b>Total</b>
			18 000,00 DH

Arrêtée la présente  
facture a la somme de :  
Dix huit mille dirhams



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

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

**DATE** 01/12/2021 **CENTRE** AFC

**REFERENCE** 190144 **MEDECIN** SEFRIOUI

#### Informations couple

NOM PATIENTE	NAJI	NOM CONJOINT	CHEMALI
PRENOM PATIENTE	SELMA	PRENOM CONJOINT	MOHAMED
DATE DE NAISSANCE	12/05/1989	DATE DE NAISSANCE	16/04/1988
ADRESSE	CASABLANCA		
RANG TENTATIVE	1		

#### SPERME

VOLUME	2,5ML	FORMES MOBILES	30%
NUMERATION	35M/ML	FORMES NORMALE	25%

#### CYCLE

AMH SERIQUE	1,26 ng/ml	PROGESTERONE	0,46ng/ml
-------------	------------	--------------	-----------

#### PROTOCOLE

TYPE CYCLE	ANTAGONISTE
FSH UTILISE	GONAL F+PERGOVERIS.
DOSE QUOTIDIENNE	150P+225G*13J
DIAMETRE MOYEN DES FOLLICULES	17 mm
DOSE TOTALE	
DUREE DE L'INDUCTION	13 JOURS
EPAISSEUR ENDOMETRE AU DECLENCHEMENT	10mm

#### FECONDATION

NOMBRE D'OVOCYTES OBTENUS	5
OVOCYTES STADE Meta II	3
NOMBRE DES EMBRYONS OBTENUS	3
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	1J5 + 1J6