

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 : Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc



## Déclaration de Maladie

N° W19-478861

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : S301 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NEBBATE NAJAT

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 0665440891 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux										
	<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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis										
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de										

<p>Praticien : Dr. M. EL KHALIL</p> <p>Adresse : 10, rue de la Liberté, Casablanca</p>	
--	--

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
DECLARATION N°		W18-359054	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-359054

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle	5301
Nom & Prénom		NEBBAT NAJAT	
Fonction :	Phones.....		
Mail	.....		
Signature de l'adhérent		Signature de l'adhérent	

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient .....		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie		Date 1ère visite	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Signature et cachet du médecin
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	

<b>PHARMACIE</b>	Date .....	Signature et cachet du Pharmacien
Montant de la facture		

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : 8/10/19	Signature et cachet du praticien
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
P0000	319,00		

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date : 11.10.19	Signature et cachet du praticien
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
IRN médecine		650,00DH	

Tél : 0539 700 000  
E-mail : w.hck

Hôpital Cheikh Khalifa  
Tél : 0539 700 000  
E-mail : w.hck

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

08/12/2019

Dr. Neshete Ayaz

6125

FLV

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
BOULVARD KHALIFA  
Gynécologue Obstétrique  
61123776



**F A C T U R E**N° **123 972 / 2019** du **08/10/2019**Nom patient : **NEBBATE NAJAT**Entrée **08/10/2019**Prise en charge : **PAYANTS**Sortie **08/10/2019**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
<b>EXAMENS ANAPATH</b>	<b>1,00</b>	P0000	<b>319,00</b>	<b>319,00</b>
			<b>Sous-Total</b>	<b>319,00</b>
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>319,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
TROIS CENT DIX-NEUF DIRHAMS	<b>Total 319,00</b>

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	<b>319,00</b>				<b>319,00</b>	<b>0,00</b>



## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 1910111404110800 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900126781	NEBBATE NAJAT	11/10/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	008877	650,00
MUPRAS	Total payé	650,00
SIX CENT CINQUANTE DIRHMédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID		

Reçu établi par : NALBEN



11/10/19 15:05:18  
9900397911  
93979101  
HOP CHEIKH KHALIFA G5  
Casablanca

A0000000032010  
APP : VISA  
NAJAT NEBBATE  
xxxxxxxxxxxx9600  
05/21 CARTE NATIONALE  
70D2E882E40571B2  
621-0-9999-1-44

MONTANT: 650,00 MAD

NUM TRANSACTION : 013  
NUM AUTORISATION: 312170  
STAN : 008877

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

090061862



## F A C T U R E

N° : 125462 / 2019 du 11/10/2019

Nom patient	NEBBATE NAJAT	Entrée	11/10/2019
Prise en charge	MUPRAS	Sortie	11/10/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unit.	Part Patient	Part Org.	Montant
- SUPPLÉMENT DE PRODUIT DE CONTRASTE	1,00		650,00	60	260,00	390,00
					Sous-Total	650,00
Total Clinique						650,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :			Total	650,00
SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS				
Immatriculation : 05301	Adhérent : NEBBATE NAJAT		Part organisme	390,00
Affiliation :	N° prise en charge : 99157		Part patient	260,00
Cin :				

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529004466  
Email : www.hck-fckm.ma

Identifiant du patient : H0119036908

Date de naissance : 30/06/1959

Sexe : F

Date de l'examen : 08/10/2019

Prélevé le : 11/10/2019 à 13:36

Edité le : 11/10/2019 à 14:05

**Mme NEBBATE NAJAT**

**Dossier N° : 19101801**

**Docteur BOUZIANE AMAL**

**Service : EXTERNE**



Réf Anapath : 1910C29

Renseignements cliniques : FCV de dépistage.

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

### TECHNIQUE MONOCOUCHE :

Qualité du frottis : optimale.

Diagnostic descriptif :

#### 1) Evaluation hormonale :

Atrophie.

#### 2) Microbiologie :

Absence d'agent mycélien ou parasitaire identifiable. Flore de Doderlein absente.

#### 3) Modifications réactionnelles :

Desquamation parfois en lambeaux.

#### 4) Cellules pavimenteuses :

Intermédiaires + parabasales et rares superficielles normales.

#### 5) Cellules glandulaires :

Présence de cellules cylindriques endocervicales normales avec métaplasie malpighienne focale.

### CONCLUSION :

Frottis cervical atrophique de ménopause.

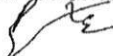
Absence signe de dysplasie ou de néoplasie.

Le 11/10/2019 à 14:05

Signature

AL Bouzidi Abderrahmane

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane  
Pôle Anatomie - Cytologie Pathologique



**Laboratoire National de Référence**

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma  
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

Verwendbar bis 05 2021

Ch.-B. PR0564

203788/00

**Cyclolux®**  
0,5 mmol/ml Injektionslösung  
im Einzeldosisbehälter

**Cyclolux®**  
0,5 mmol/ml Injektionslösung  
im Einzeldosisbehälter

**Wirkstoff:**

Gadotersäure  
(als Megluminsalz)

Injektionslösung

**1 Durchstech-  
flasche mit 15 ml**

Rezept- und  
apothekenpflichtig

Intravenöse Anwendung.

Vor der Anwendung Packungsbeilage  
beachten.

Nur zur einmaligen Anwendung.

1 ml Injektionslösung enthält 279,32 mg  
Gadotersäure entsprechend 0,5 mmol/ml.  
15 ml Injektionslösung enthalten 4189,8 mg  
Gadotersäure entsprechend 0,5 mmol/ml.

Sonstige Bestandteile: Meglumin, DOTA,  
Wasser für Injektionszwecke. Siehe Pa-  
ckungsbeilage für weitere Informationen.

Arzneimittel für Kinder unzugänglich  
aufbewahren.

Nicht verwendetes Arzneimittel oder Abfall-  
material ist entsprechend den nationalen  
Anforderungen zu beseitigen.

**SANO CHEMIA**  
Pharmazeutika AG

The Specialty Pharma Company



**Cyclolux®**  
0,5 mmol/ml Injektionslösung  
im Einzeldosisbehälter

**Wirkstoff:**

Gadotersäure  
(als Megluminsalz)

Injektionslösung

**1 Durchstech-  
flasche mit 15 ml**

Rezept- und  
apothekenpflichtig

**SANO**CHEMIA  
Pharmazeutika AG

The Specialty Pharma Company

Z.Nr. 136613

Das Abziehetikett zur Rückverfolgung auf der Durchstechflasche ist auf die Patientenakte zu kleben, um eine genaue Dokumentation des verwendeten Gadolinium-haltigen Kontrastmittels sicherzustellen. Die verwendete Dosis ist ebenfalls anzugeben. Falls elektronische Patientenakten verwendet werden, sind die Arzneimittelbezeichnung, die Chargenbezeichnung und die Dosis darin zu dokumentieren.



9 088884 223426

**Sanochemia Pharmazeutika AG**  
Boltzmanngasse 11  
1090 Wien, Österreich



1