

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

3363
B
Déclaration de Maladie : N° P19-0000519

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 949 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MASR LAHCEN Date de naissance : 1/7/50

Adresse :

40 me ou Kharane Hay La Ht CASA

Tél. : 0662 467387

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/01/2022

MUPRAS

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r rr} H & 25533412 & 21433552 \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ & 00000000 & 00000000 \\ B & 35533411 & 11433553 \end{array} $		CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS	
			DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

I) Partie Réservée Aux Actes Médicaux

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	بيان وفق قائمة الأعمال الطبية Désignation des actes suivant nomencl	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوص و التحاليل Exams et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع و خاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
١٣/٦/٢٢	٥٧	-	-	٣٥٥٧	Dr N BOUH Radio - Oncologie INP - Centre Al Moudy - Casablanca

II) Examens et Analyses Prescrits

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	نوعية الفحص أو التحليل Nature de l'examen ou de l'analyse	الأعمال الطبية المعامل حسب القائمة Coefficient suivant nomenclature	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع الطبيب و خاتم المؤسسة الصحية Signature du médecin et cachet de l'établissement
٠٩/٦/٢٢	٦٩٣		١٤٦,٣٧٥١	Dr N BOUH Radio - Oncologie INP - Centre Al Moudy - Casablanca 0522.39.32.04/03 0522.39.32.65

III) Partie Réservée Aux Actes Courants

التاريخ Date	الأعمال المزاولة actes pratiqués	العدد Nombre	الثمن Prix Unitaire	إجمالي الثمن Prix total	الدواء المستعمل Médicam utilisé	خاتم وتوقيع القائم بالأعمال Cachet et Signature du praticien

- Chaque agent est responsable vis à vis de la C.M.S.S. des membres de sa famille.
- Ne peuvent bénéficier des prestations de la C.M.S.S. que :
 - La femme légitime, les enfants ayant moins de 21 ans et ouvrant droit aux allocations familiales.
 - L'agent est tenu d'informer la C.M.S.S. des modifications portées sur la situation familiale.
 - La présentation de la carte Mutuelle est obligatoire.
 - Conformément à l'article 39 du statut, toute infraction (Fraude, Abus ou falsification etc...) au règlement intérieur de la caisse expose son auteur à des poursuites.

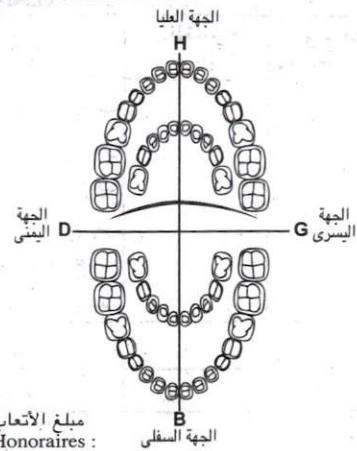
Pièces à joindre obligatoirement au présent bulletin :

- Cas d'hospitalisation :
 - La facture détaillée et acquittée
 - La note confidentielle du Médecin traitant
 - L'ordonnance des analyses et radios.
- Cas de consultation :
 - Ordonnance médicale achetée par la pharmacie et accompagnée des prospectus et vignettes.
- La prise en charge est obligatoire en cas d'hospitalisation, prothèse dentaire, optique et soins spéciaux.
- Le dossier complet doit être remis à la C.M.S.S. dans un délai d'un mois.

إطار خاص بالخدمات الطبية

إطار خاص بعلاجات الأسنان وتركيب الأجهزة الاصطناعية Partie Réservée Aux Soins et Prothèses Dentaires

1) Devis Dentaire



الجهة العليا	H	2 5 5 3 3 4 1 2	2 1 4 3 3 5 5 2
D	0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0	اليسرى ♂
	0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0	اليسرى ♀
	3 5 5 3 3 4 1 1	1 1 4 3 3 5 5 3	B
			الجهة السفلية المعامل

العلاجات أو الأجهزة الإصطناعية المقترنة
Soins et prothèses préconisés

Date : التاريخ :

خاتم و توقيع القائم بالأعمال
Cachet et Signature du Praticien

رأي المكلف بمراقبة الأسنان

2) Avis Contrôle Dentaire

رقم الكفالة : التاريخ : P. en charge n°
ال أعمال :
ال معامل :
تعويض التعاضدية :
الباقي على حساب المشارك :

توقيع المشارك
Signature du Mutualiste

خاتم و توقيع التعاضدية
Cachet et Signature CMSS.

3) Facture du Praticien

التاريخ :
ال أعمال :
ال معامل :
ال ثمن : Montant

خاتم و توقيع القائم بالأعمال الذي يشهد على صحة تاريخ إجراء العلاجات
Cachet et Signature du Praticien attestant la date de l'exécution des soins

N.B Tout acte effectué doit être mentionné sur schéma ci-dessus كل عمل أجري يجب الإشارة إليه في الرسم أعلاه

الصندوق التعاوني للضمان الاجتماعي للكالات م.ت.

CAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE

DES REGIES AUTONOMES DE DISTRIBUTION

3، زنقة بوشعيب فراد - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.30.41.17 - ص.ب. 88 - الدار البيضاء
3,Rue Bouchaïb Ferrad - CASABLANCA - B.P.88 - Téléphone : 05.22.30.41.17

ورقة العلاجات

C.M.S.S.
REGIES

الإسم الكامل NOM ET PRENOM *Tayghire Falah*

الرقم والمصلحة MATRICULE & SERVICE *151451*

الوكالة أو المركز REGIE ou CENTRE *La Hayek*

التعاضدي & المستفيد
MUTUALISTE & BENEFICIAIRE

الإسم الكامل NOM ET PRENOM *TA26HENE Falah*

تاريخ الإزدياد DATE DE NAISSANCE *27/2/1972*

درجة القرابة DEGRE DE PARENTE *moi mene*

الطبيب المعاين
PRATICIEN

في حالة حادثة En Cas d'accident

هل الحادثة تسبب فيها الفير *Dr. N. BOUJAH*

أشهد بشرفي على صحة المعلومات المعينة بهذا المطبوع

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés

التعاضدية
C.M.S.S.

التاريخ Date *13/6/2022*

فاتورة النظارات فاتورة النظارات *Carcinome mammaire metastatique*

Dr. N. BOUJAH الخاتم و التوقيع
Radio - Oncologue
Signature INP : 091035972

Centre Al Kindy Casablanca

النحوات OBSERVATIONS

Ds. N° :

RMQs.

- BIEN REMPLIR CETTE PREMIERE PAGE POUR EVITER TOUT REJET DE VOTRE DOSSIER.
- EXTRAIT : STATUT ET REGLEMENT INTERIEUR VOIR PAGE 2

V) Partie Réservee Aux Lunettes إطار خاص بالنظارات

1) Devis optique تسيرة النظارات Docteur : الطبيب Date :

Verres	الوصفة Prescription	رقم قائمة الأعمال N° Nomenclature	نوع الزجاج Nature verres	الثمن Prix	الزجاج
V. Loin: O.D.					البعد : ع يم
O.G.					ع يس
V. Près : O.D.					القرب : ع يم
O.G.					ع يس
D.F. O.D.					المزدوج : ع يم
O.G.					ع يس
Monture					الإطار :
TOTAL					المجموع :

الخاتم والتوكيل
Cachet & Signature

2) Avis Contrôle Optique رأي المكاف بالمراقبة

Date : *P. en charge n°* : رقم الكفالة : التاريخ :

Verres :	تعويض التعاوبيه Remb. C.M.S.S.	الباقي Reste à charge	الزجاج
V. Loin			البعد
V. Près			القرب
D.F.			المزدوج
Monture			الإطار :
TOTAL			المجموع

موافقة التعاوبيه
Accord C.M.S.S

توقيع المشترك
Signature du Mutualiste

3) Facture de l'Opticien فاتورة النظارات

Date : التاريخ :

Fournitures :	Verres	الزجاج	المواد
TOTAL			المجموع

الخاتم والتوكيل
Cachet & Signature

REGIE	MATRICULE	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01	52545	TA ZGHINI FATIHA	CONSULT	ATION	2140392	13 06 022 °

BENEFICIAIRE PRESTATION							
DESIGNATION DES ACTES	NBRE	ASSIETTE	PRESTATION C.M.S.S.	PRESTATION C.M.C.A.S.	PRECOMPTE	PRESTATION	
ANALYSES HONORAIRES		64,38 54,00	51,50 43,20	12,88 10,80	0,00 0,00	64,38 54,00	

TOTAL DOSSIER	REMBOURSE C.M.S.S.	REMBOURSE C.M.C.A.S.	ENGAGEMENT TOTAL A CMSS+CMCAS PRECOMPTER	TOTAL PRECOMPTE	A VERSER CONVENTION	SOLDE A VERSER AGENT PAIE	* GUICHET
456,32	94,70	23,68	118,38	0,00	118,38	0,00	118,38

SIGNATURE POUR ACQUIT



CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

CASABLANCA

0522 39 33 33 LG

Reçu de caisse

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
F-14-07-035-062	FATIHA TAZGHINI	13/06/2022
Mode paiement	Motif/Référence de paiement	Montant Dhs
Espèces	Contrôle	300.00

Reçu établi par HAJAR.S



Dr. N. BOUJAH
Radio - Oncologue
INR : 091035972
Centre Al Kindy, Casablanca

RADIOOTHERAPIE PERSONNALISEE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE : 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE
CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIOTHÉRAPIE - CHIOTHÉRAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الاشعاعي المطور الموجّه بالصورة - معجل الاكترونات حامل للسكانر - الجراحة الاشعاعية
العلاج الاشعاعي البالطي و الغياض - الاشعاعي التوروي - العلاج الكيميائي البالطي - الاستئفاء

13/06/22
CARTON N° 100

Mme/Mr. : Tazghini Fihla

NFS + PLAQUETTES

UREE + CREATINEMIE

GLYCEMIE

TRANSAMINASES (TGO + TGP)

Tel : 06000.603.40 - 0522.39.32.84/53

Casablanca

YGT + PHOSPHATASES ALCALINES

Fax : 0522.39.33.65

RDV, le :

AVEC LES RESULTATS DES ANALYSES

Dr N. BOUIH
Radio - Oncologue
INP : 091035972
Centre Al Kindy Casablanca

www.centrealkindy.ma | E-mail : alkindy.cncologie@centrealkindy.ma

المقر الرئيسي 2 و 4، زنقة يوسف الكندي . شارع بن سينا . الدار البيضاء مغاريف . المغرب 20370

Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370

Tél : +212 520 48 72 00 (L.G) - Fax : +212 522 39 37 34

LABORATOIRE BENJELLOUN D'ANALYSES MEDICALES

109, Boulevard Omar Al Khyam BEAUSEJOUR 20200 CASABLANCA

Tel: 05 22 39 32 84/53 – 06000 503 40 – Whatsapp Accueil 06 63 790 723

Fax: 05 22 39 33 65 www.labobenjelloun.ma

IF 51759668– CNSS 6441662 – PATENTE 36004769 – INPE Labo 093001360 INP Dr 097159024 – ICE001686316000

FACTURE N°: 2206092051

ORGANISME: CMSS REGIES

Mme FATIHA TAZGHINI

Date: 09-06-2022



Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B
9005	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient	B13	B
PS	Prélèvement Sanguin	E25	E
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B

Total des B: 98

Montant total de la facture: 156.32 Dirhams.

Arrêtée la présente facture à la somme de **cent cinquante-six dirhams trente-deux centimes.**

109, Bd. Omar Al Khyam
BEAUSEJOUR 20200 CASABLANCA
Tel: 05 22 39 32 84/53 – 06000 503 40 – Whatsapp Accueil 06 63 790 723
Fax: 05 22 39 33 65 www.labobenjelloun.ma
IF 51759668– CNSS 6441662 – PATENTE 36004769 – INPE Labo 093001360 INP Dr 097159024 – ICE001686316000

Cmss - Régies
3, rue FERRAD Bouchaib

Date : 16/06/2022

Reçu de dépôt de dossier

Type Dossier :CONSULTATION

Régie	Matricule	Nom du malade	Dossier N°	Montant	Date Dépot
01	52545	FATIHA	Z2140392	456.38	16/06/2022