

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.

M22- 0019459

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 999 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MASR LATCEN A 65633

Date de naissance : 11/7/158

Adresse : 10 route de l'oued Bouyraha

Carne : 06624 M387

Tél. : 06624 M387 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : TAZGHINI FAZIHA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : CANCER Pathologie : MUPRAS

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 19 JUIN 2023

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 : 16/6/2023 Le : 16/6/2023

Signature de l'adhérent(e) : JULY

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amina EL KESSIOUI
Spécialiste en Médecine Nucléaire Radio-isotope
Diplômée de la Faculté de Médecine de Lyon
Ex médecin à l'hôpital Avicenne Rabat

الدكتورة الفسيوي أمينة
اختصاصية في الطب النووي و التشخيص الشعاعي γ
خريجة كلية الطب بليون فرنسا
طبيبة سابقا بمستشفى ابن سينا بالرباط

Casablanca le :16/05/2023

Réf : C396

Nom et Prénom	: MME TAZGHINI FATIHA
Médecin Traitant	: DR N BOUIH
Renseignements Cliniques	: Néoplasie mammaire métastatique. Bilan d'évaluation.
Examen Demandé	: Scintigraphie osseuse aux HMDP-Tc99m.
Activité injectée	: 700 MBq.

COMPTE RENDU

Le contrôle isotopique totocorporel de ce jour, montre :

- Un aspect globalement stable de l'hyperfixation de la sacro-iliaque gauche toujours limité à un liseré d'hyperfixation d'intensité modérée.
- Absence d'apparition de nouveau foyer d'hyperfixation suspect.

Par ailleurs on note l'apparition d'une hétérogénéité de fixation en regard de l'hémithorax gauche, à confronter aux données de la TDM thoracique (épanchement pleural ?).

CONCLUSION :

Comparativement au contrôle antérieur du : 24/11/22, on retient une globale stabilité de l'image scintigraphique

Merci de votre confiance.
Signé : 
شارع عفendi الدار البيضاء الهاتف / الفاكس 248



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

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي الباطني والفياسن - الإشعاعي التوسي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء
INPE : 091035972

CASABLANCA, LE 12/04/23



091035972

الدكتورة نوال بوعي
Docteur Nawal BOUIH
أخصائية في العلاج بالأشعة
RADIO-ONCOLOGUE

Dr. Taghine Farah

scintig-physi abuse

Centre de Traitement Al Kindy
Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370
Tél : +212 520 48 72 00 / 01
Fax : +212 522 39 37 34

Secrétariat Radiothérapie : +212 520 48 72 02
Secrétariat Consultation Médicale : +212 520 48 72 03
Service Prise en charge et Devis : +212 520 48 72 04

Service Facturation : +212 520 48 72 07
Service Caisse : +212 520 48 72 09
Service Pharmacie : +212 520 48 72 20

المقر الرئيسي 2 و 4، زقة يوسف الكندي، شارع بن سينا، الدار البيضاء مغاريف، المغرب
Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370
www.centrealkindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centrealkindy.ma | Patente : 35806396 | LF : D1002283 | CNSS : 2026913 | ICE : 000 205 043 0000 17

C.M.S.S-REGIES
3, rue FERRAD Bouchaib
ex(Caillaux) CASABLANCA
Tél : 022310654-022549592

Casablanca, le 11/05/2023

PRISE EN CHARGE

ORIGINAL

Prise en charge n° : 302507 En faveur de : IMAGRIE MEDICALE GHANDI
Type : A.T.M

Nom Agent : TAZGHINI FATIHA

Matricule : 52545 Bénéficiaire : FATIHA

Régie : LYDEC Degré de parenté : Agent

Accord de la C.M.S.S-REGIES pour la prise en charge concernant :

DIVERS (SCINTIGRAPHIE OSSEUSES)

Montant de la facture :	2 225.00 DH
Remboursement C.M.S.S :	1 350.00 DH
Acompte Adhérent :	0.00 DH
Reste à charge :	875.00 DH

La facture détaillée correspondante, mentionnant les références ci-dessus ainsi que le numéro de la prise en charge doit être adressée en double exemplaire à :

Mr le Président de la C.M.S.S
3, rue FERRAD Bouchaib
(ex Caillaux) CASABLANCA

Basma SAMMOUH
Le Président de la C.M.S.S

Bouchaib ALLOUCHE

N.B : AUCUN DUPLICATA DE LA FACTURE

***** NE SERA DELIVRE A L'INTERESSE *****

poste2

REGIE	MATRICULE	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01	52545	TA	ZGHINI FATIHA	CONSULT	ATION 302507	11 05 023 °
IMAGRIE MEDICALE GHANDI						

BENEFICIAIRE PRESTATION							
DESIGNATION DES ACTES	NBRE	ASSIETTE	PRESTATION C.M.S.S.	PRESTATION C.M.C.A.S.	PRECOMPTE	PRESTATION	
HONORAIRES		1350,00	1080,00	270,00		1350,00	105

TOTAL DOSSIER	REMBOURSE C.M.S.S.	REMBOURSE C.M.C.A.S.	ENGAGEMENT TOTAL A CMSS+CMCAS PRECOMPTE	TOTAL AGENT	A VERSER CONVENTION	SOLDE A VERSER AGENT PAIE	* GUICHET
2225,00	1080,00	270,00	1350,00	875,00		2225,00	

SIGNATURE POUR ACQUIT

