

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaires, 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 canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 949 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NASR LAHCEN

Date de naissance :

1/7/150

Adresse :

40 me 94 KITOMME HAY RAHSA CASA

Tél. : 0662467382

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

TAZGHIN FATHI

Nom et prénom du malade :

Age: 72

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

en cologie

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 : 01/05/2024

Signature de l'adhérent(e) :



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

AUXILIAIRES MEDICAUX

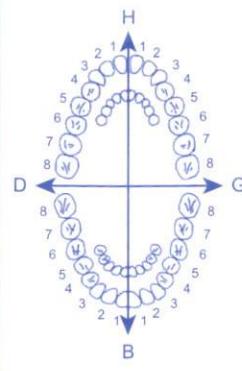
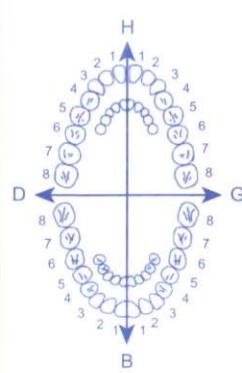
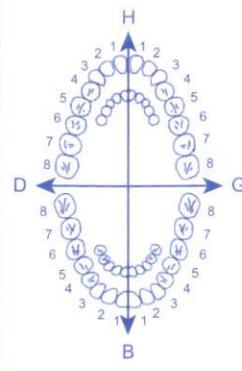
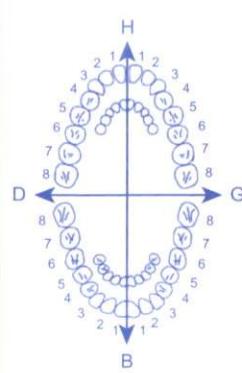
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE IRM VAL D ANFA
17-19 BOULEVARD MOULAY RACHID
TEL /05.22.94.02.42/94.27.95
FAX /05.22.36.02.38

CASA25/04/2024

FACTURE 73 /2024

Nom et Prénom /TAZGHINI FATIHA

**Examen / TICKET MODERATEUR POUR
EXAMEN IRM LOMBAIRE**

Montant / 1000DHS

Arrêtée la présente facture a la somme de
« MILLE DIRHAMS »

**Patente: 35603429- CNSS: 2565424- IF: 01000363
ICE: 001701636000072 - INPE90000589**



REGIE	MATRICULE	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01	52545	TA ZGHINI FATIHA	CONSULT	ATION	324631	25 04 024 °
BELYAMANI KHALID						

DESIGNATION DES ACTES	NBRE	ASSIETTE	PRESTATION C.M.S.S.	PRESTATION C.M.C.A.S.	PRECOMPTE	PRESTATION	BENEFICIAIRE PRESTATION
HONORAIRES		1200,00	960,00	240,00		1200,00	102

TOTAL DOSSIER	REMBOURSE C.M.S.S.	REMBOURSE C.M.C.A.S.	ENGAGEMENT TOTAL A CMSS+CMCAS PRECOMPTER	TOTAL AGENT	A VERSER CONVENTION	SOLDE A VERSER AGENT PAIE	* GUICHET
2200,00	960,00	240,00	1200,00	1000,00	2200,00		

SIGNATURE POUR ACQUIT



P E C 1200,00
CASH 1000,00

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

Casablanca, le 25/04/2024

PRISE EN CHARGE

ORIGINALE

Prise en charge n° : 324631 En faveur de : DR BELYAMANI
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 (IRM LAMBO SACRE)

Montant de la facture :	2 200.00 DH
Remboursement C.M.S.S :	1 200.00 DH
Acompte Adhérent :	1 000.00 DH
Reste à charge :	0.00 DH

X

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

Partie réservée à la CMSS

Le Président de la C.M.S.S

Bouchaib ALLOUCHE

N.B : AUCUN DUPLICATA DE LA FACTURE
***** NE SERA DELIVRE A L'INTERESSE *****

poste2

CLINIQUE
17-19 Boulevard Moulay Rachid
Fax: 05 22 36 02 27
Tél: 05 22 94 02 42 / 94 27 02

مركز العلاج الكندي
CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

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

العلاج الإشعاعي المطور الموجة بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياص - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الاستشفاء
INPE : 091035972

25/04/24



091035972

الدكتورة نوال بوعي
Docteur Nawal BOUIH
دكتورة نوال بوعي
RADIO-ONCOLOGUE

Fatihé Taghini

IRM abdominale

↑ sacro iliaque droite arrière
de la radiothérapie = 2 repères

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

www.centrealkindy.ma | E-mail: alkindy.oncologie@centrealkindy.ma | Patente : 35806396 | I.F. : 1002283 | CNSS : 2026913 | ICE : 000 205 043 0000 17

Siège Social : 17-19 Boulevard Mory - Casablanca
Accueil Général : 05 22 36 02 42 / 94 27 60
Fax : 05 22 36 02 42 / 94 27 60
Service Radiothérapie : 05 22 36 02 42 / 94 27 60
Service Consultation Médecine : 05 22 36 02 42 / 94 27 60
Service Assistance et Dévise : 05 22 36 02 42 / 94 27 60
Service Pharmacie : 05 22 36 02 42 / 94 27 60

CE, VTE, IRM
CLINIQUE DU VAL D'AMOUR
Tél. : 05 22 36 02 42 / 94 27 60
Fax : 05 22 36 02 42 / 94 27 60

REFERENCE : 240425006 DATE : 25/04/2024
PATIENT TAZGHINI FATIHA
MEDECIN TRAITANT BOUIH A
EXAMENS REALISES IRM LOMBO SACREE

COMPTE RENDU

TECHNIQUE

Coupes axiales T2.

Coupes sagittales T1 T2, coronales T2.

RESULTATS

Mise en évidence d'un processus tumoral sacro iliaque gauche, mesurant 64mm en hauteur, 20mm en épaisseur et 60mm en antéro postérieur.

Ce processus est en hypo signal T1 T2, de contours polylobés, il s'étend en arrière vers les parties molles musculaires de la région sacrée, il s'étend en avant vers l'espace pré rectal.

Il n'y a pas d'atteinte du canal médullaire.

Les vertèbres lombaires ne présentent pas d'anomalie.

AU TOTAL

Masse métastatique sacro iliaque gauche.

Signé :

DR. K. BELVAMANI

Docteur Dr. BELVAMANI Khalid
RADIOSCOPIQUE
19, Rue Franklin Roosevelt
CASABLANCA