

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 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 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



Déclaration de Maladie : N° P19-0000516

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 949 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : M. LANCEN Date de naissance : 1/7/50
Adresse : 10 rue Guichouane
Tél. : 0662467387 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : TAGHINI FATIMA Age : 70

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : cancérologie

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 : 10/5/2022

Signature de l'adhérent(e) :



Réservée Aux Actes Médicaux

إطار خاص بالخدمات الطبية

بيان وفق قائمة الاعمال الطبية Désignation des actes suivant nomencl	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوص و التحليلات الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع وخاتم الطبيب Signature et cachet du médecin

II) Examens et Analyses Prescrits

الفحوص و التحليلات الموصوفة

تاريخ إجراء الاعمال الطبية Date des actes médicaux	نوعية الفحص أو التحليل Nature de l'examen ou de l'analyse	الاعمال الطبية المعالم حسب القائمة Coefficient suivant nomenclature	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع الطبيب وخاتم المؤسسة الصحية Signature du médecin cachet de l'établissement
22/09/21	B: 798			

III) Partie Réservée Aux Actes Courants

إطار خاص بالأعمال الطبية العادية

التاريخ Date	الأعمال المزاول actes pratiqués	العدد Nombre	الثمن Prix Unitaire	إجمالي الثمن Prix total	الدواء المستعمل Médicament 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.

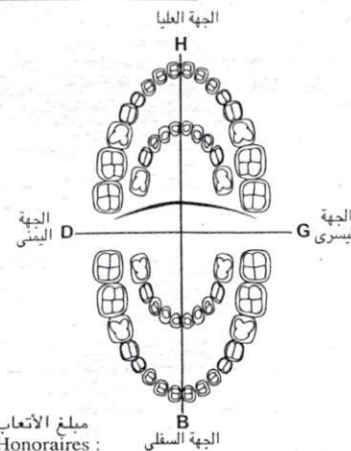
Pièces à joindre obligatoirement au présent bulletin :

- 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.

IV)

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

1) Devis Dentaire



الجهة العليا H	الجهة السفلى B
2 5 5 3 3 4 1 2	2 1 4 3 3 5 5 2
0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0
0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0
3 5 5 3 3 4 1 1	1 1 4 3 3 5 5 3

المعامل
Coefficient masticatoire

العلاجات أو الأجهزة الاصطناعية المقترحة
Soins et prothèses préconisés

التاريخ : Date :

خاتم وتوقيع القائم بالأعمال
Cachet et Signature du Praticien

2) Avis Contrôle Dentaire

رأى المكلف بمراقبة الأسنان

رقم الكفالة : P. en charge n° : التاريخ : Date :
الأعمال : Actes (PEC) :
المعامل : Cotations :
تعويض التعاضدية : Remboursement CMSS :
الباقي على حساب المشارك : Reste à charge :

توقيع المشارك
Signature du Mutualiste

خاتم وتوقيع التعاضدية
Cachet et Signature CMSS

3) Facture du Praticien

فاتورة القائم بالأعمال

التاريخ : Date :
الأعمال : Actes :
المعامل : Cotations :
الثمن : Montant :

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

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

V) **Partie Réservée Aux Lunettes** إطار خاص بالنظارات

1) **Devis optique** تسعيرة النظارات

Date : Docteur : الطبيب

Verres	وصفة Prescription	رقم قائمة الأعمال N° Nomenclature	نوع الزجاج Nature verres	الثلث 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 والتوقيع
Cachet & Signature

2) **Avis Contrôle Optique** رأى المكلف بالمراقبة

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

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

موافقة التعاضدية
Accord C.M.S.S.

توقيع المشترك
Signature du Mutualiste

3) **Facture de l'Opticien** فاتورة النظارات

Date : التاريخ :

Fournitures :	Verres	الزجاج	المواد
	Monture	الإطار	
TOTAL			المجموع

الخاتم والتوقيع
Cachet & Signature

ص.ت.ض. للوكالات

CAISSE MUTUELLE DE SECURITE DES REGIES AUTONOMES DE

ضاء - الهاتف : 05.22.30.41.17 - ص.ب. 88 - الدار البيضاء

3, Rue Boucharb Ferrad - CASABLANCA - B.P.88 - telephone : 05.22.30.41.17

2109222027

FEUILLE DE SOINS رقة العلاجات

NOM ET PRENOM **TAZGHINI Fatima** الإسم الكامل

MATRICULE & SERVICE **52545** الرقم والمصلحة

REGIE ou CENTRE **LYDE** الوكالة أو المركز

NOM ET PRENOM الإسم الكامل

DATE DE NAISSANCE **27/2/1952** تاريخ الازدياد

DEGRE DE PARENTE **mon même** درجة القرابة

توقيع التعاضدية
Signature du Mutualiste

En Cas d'accident في حالة حادثة

S'agit-il d'un accident occasionné par tiers : هل الحادثة تسبب فيها الغير

أشهد بشرفي على صحة المعلومات المبينة بهذا المطبوع

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

NATURE MALADIE التشخيص Date التاريخ

الخاتم والتوقيع
Cachet & Signature

ملاحظات
OBSERVATIONS

Ds. N° :

الخاتم وتوقيع التعاضدية
Cachet & Signature CMSS

BIEN REMPLIR CETTE PREMIERE PAGE POUR EVITER TOUT REJET DE VOTRE DOSSIER.

EXTRAIT : STATUT ET REGLEMENT INTERIEUR VOIR PAGE 2

LABORATOIRE BENJELLOUN D'ANALYSES MEDICALES

109, Boulevard Omar Al Khyam Beauséjour 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 51102718 - CNSS 6441662 - PATENTE 34823087 - INP 097 159 024 - ICE 001686316000007

FACTURE N° : 2109222027

ORGANISME: CMSS REGIES

Mme FATIHA TAZGHINI

Date: 22-09-2021



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
0154	Ferritine	B250	B
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
0439	Vitamine D	B450	B

Total des B: 798

Montant total de la facture: 1094.32 Dirhams.

Arrêtée la présente facture à la somme de **mille quatre-vingt-quatorze dirhams trente-deux centimes.**

مختبر بنجلون للتحليلات الطبية
LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Bd. Omar Al Khyam Beauséjour
Casablanca
Tel: 06000.503.40 - 0522.39.32.84/53
Fax: 0522.39.33.65

REGIE	MATRICULE	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01	52545	TA	ZGHINI FATIHA	CONSULTATION	1127974	22 09 2021 °

DESIGNATION DES ACTES	NBRE	ASSIETTE	PRESTATION C.M.S.S.	PRESTATION C.M.C.A.S.	PRECOMPTE	PRESTATION	BENEFICIAIRE PRESTATION
ANALYSES		714,38	571,50	142,88	0,00	714,38	

TOTAL DOSSIER	REMBOURSE C.M.S.S.	REMBOURSE C.M.C.A.S.	ENGAGEMENT CMSS+CMCAS	TOTAL A PRECOMPTER	TOTAL AGENT	A VERSER CONVENTION	SOLDE A VERSER AGENT PAIE	* GUICHET
1094,32	571,50	142,88	714,38	0,00	714,38	0,00	714,38	

SIGNATURE POUR ACQUIT





مركز العلاج الكندي

CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

Oncologie & Diagnostic du Maroc

RADIOThERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE

RADIOThERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIRQIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOThERAPIE METABOLIQUE

CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOThERAPIE - CHIMIOThERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المتطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكرات - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 091035972

CASABLANCA, LE...

15/08/21



091035972

الدكتورة نوال بويه

Docteur Nawal BOUIH

أخصائية في العلاج بالإشعاع

RADIO-ONCOLOGUE

Mme, Mr...

Tazghini Fatih

Faire s.v.p. :

NFS+PLAQUETTES

UREE+CREATINEMIE

GLYCEMIE A JEUN

TRANSMINASES (TGO+TGP)

~~SGT+PHOSPHATASES ALCALINES~~ LDH

~~VITAMINE D~~

~~ACE~~

CA153

29

PSA Total

Ferritinémie
ur D

محبر بنجلون للحيلف الملبية
LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Bd. Omar Al Mouyassam Beauséjour
Casablanca
Tél : 06000.503.40 - 0522.39.32.84/63
NE77 30 30 55

LABO BENJELLOUN
Mme TAZGHINI FATIHA
DDN 27-02-1992



091035972

RDV. le 22 /09/2021.

www.centreakindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centreakindy.ma | Patente : 35806396 | I.F : 01002283 | CNSS : 2026913 | ICE : 000 205 043 0000 17

مقر الرئيسي 2 و 4، زنقة يوسف الكندي، شارع بن سينا، الدار البيضاء معاريف، المغرب 20370 Casablanca Maârif - Maroc

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

Accueil Général : +212 520 48 72 00/01

+212 522 39 33 33

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 00

Service Caisse : +212 520 48 72 00

Service Pharmacie : +212 520 48 72 00

Cmss - Régies
3, rue FERRAD Bouchaib

Date : 23/09/2021

Reçu de dépôt de dossier

Type Dossier : BIOLOGIE

Régie	Matricule	Nom du malade	Dossier N°	Montant	Date Dépot
01	52645	FATIHA	Z1127974	1094.32	23/09/2021