

# 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

- 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.

**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

M22- 0019449

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 949 Société : 125892

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MASA LAHCEN

Date de naissance : 11/7/50

Adresse : la me souk Khourhe Day RAHA USA

Tél. : 0602467387 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : TAZGHANI FADIA Age: 70

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

Nature de la maladie : CANCEROLOGIE (METASTASE)

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 : Marrakech Le : 12/8/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



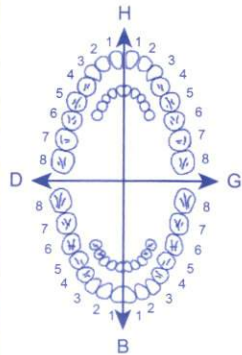
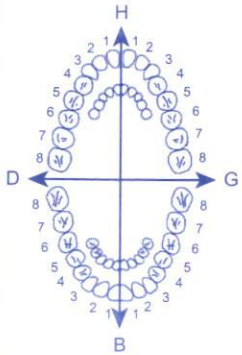
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

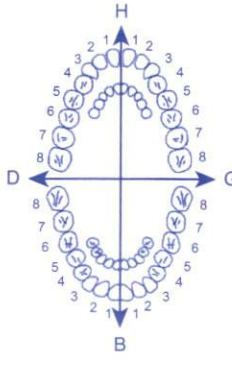
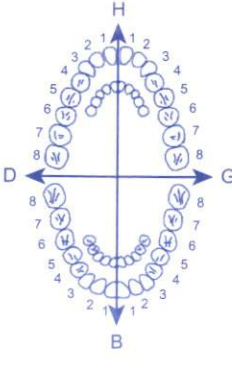
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>										
				Montants des Soins <input type="text"/>										
				Début d'exécution <input type="text"/>										
				Fin d'exécution <input type="text"/>										
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">D ————— G</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D ————— G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D ————— G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>										
				Date du devis <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**  
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 TRAVAUX <input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div><div>H</div><div>25533412 21433552</div><div>00000000 00000000</div><div>D</div><div><div>00000000 00000000</div><div>35533411 11433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Casablanca, le 22/02/2021

**PRISE EN CHARGE**

**ORIGINALE**

Prise en charge n° : **246907**

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 OSSEUSE)**

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

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 \*\*\*\*\***

**STATUT ET REGLEMENT INTERIEUR VOIR PAGE 2**

IMRT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE  
2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE  
HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانز - الجراحة الإشعاعية  
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء  
INPE : 091035972

CASABLANCA, LE 22/02/21.



091035972

الدكتورة نوال بويه  
Docteur Nawal BOUIH

اختصاصية في العلاج بالأشعة  
RADIO-ONCOLOGUE

T/mr Taghizine Fakh

gantigraphie ~~exura~~

7

Dr. N. BOUIH  
Radio-oncologue  
INPE - Casablanca  
Centre Al Kindy

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

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

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 07

Service Caisse : +212 520 48 72 08

Service Pharmacie : +212 520 48 72 20

P/C 274601

---

7 2136793 ✕

7 2136794

REGIE	MATRICULE	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01	52545	TA	ZGHINI FATIHA	CONSULTATION	246907	22 02 021 °
IMAGRIE MEDICALE GHANDI						°

DESIGNATION DES ACTES	NBRE	ASSIETTE	PRESTATION C.M.S.S.	PRESTATION C.M.C.A.S.	PRECOMPTE	PRESTATION	BENEFICIAIRE 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 CMSS+CMCAS	TOTAL A PRECOMPTER	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





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 القسيوي امينة  
اختصاصية في الطب النووي و التشخيص الشعاعي

خريجة كلية الطب بليون فرنسا  
طبيبة سابقا بمستشفى ابن سينا بالرباط

Casablanca le : 23/02/2021

**Réf :** C16312

Nom et Prénom

Médecin Traitant

Renseignements Cliniques

Examen Demandé

Activité injectée

: **MME TAZGHINI FATIHA**

: Dr N. BOUIH

: Tumeur mammaire.

Bilan d'extension

: Scintigraphie osseuse aux HMDP-Tc99m.

: 660 MBq.

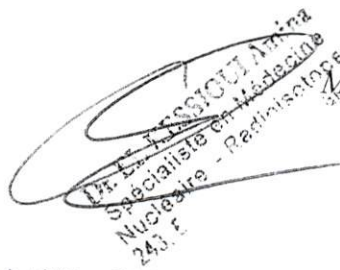
### COMPTE RENDU

Présence de foyers hyperfixants pathologiques touchant :

- Le versant iliaque de l'articulation sacro iliaque gauche sur sa partie supérieure.
- Les arcs postérieurs des 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> côtes gauches.
- Avec un doute sur un foyer de la glène de l'omoplate gauche.

### CONCLUSION :

Aspect scintigraphique évocateur de localisations osseuses secondaires.

  
Dr. Amina EL KESSIOUI  
Spécialiste en Médecine  
Nucléaire - Radio-isotope

Merci de votre confiance.

Signé :