

# 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

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- 0019449

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 949 Société : 185892

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

M A S N LAHCEN

Date de naissance :

11/7/50

Adresse :

Bo me au Khouane Mary DAKHA ASA

Tél. :

0662467387 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

TAZGHIAI FATHA

Age: 70

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

CANCERLOGIE (metastase)

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

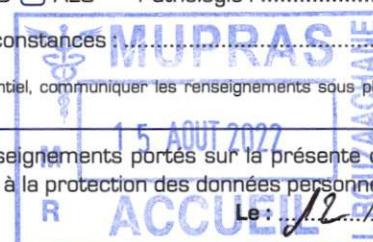
Pathologie :

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 :



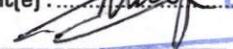
15 AOUT 2022

ACCUEIL

12/08/2022

ACCUEIL

Signature de l'adhérent(e) :



ACCUEIL

### 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 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	

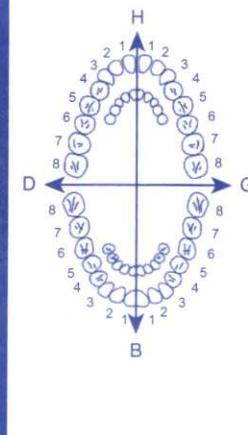
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, 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

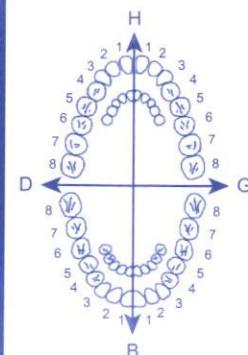


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(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

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

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

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

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

CASABLANCA, LE... 22/02/21.



091035972

الدكتورة نوال بويه  
Docteur Nawal BOUIH  
اخصائية في العلاج بالأشعة  
RADIO-ONCOLOGUE

Tme Taghini Farha

Santigraphie oculaire

Dr M. K.  
Radiotherapy  
Centre Al Kindy  
Casablanca  
Maroc

[www.centrealkindy.ma](http://www.centrealkindy.ma) | E-mail : [alkindy.oncologie@centrealkindy.ma](mailto:alkindy.oncologie@centrealkindy.ma) | Patente : 35806396 | I.F : 01002283 | CNSS : 2026913 | I.C.E : 000 205 043 0000 17

Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370 و رقم بوصيت الكندي، شارع ابن سينا، الدار البيضاء، مغارب، 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 09

Service Pharmacie : +212 520 48 72 20

P/C 274601

2 2736793 \*

2 2736784

REGIE	MATRICULE	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01	52545	TA ZGHINI FATIHA	CONSULT	ATION	246907	22 02 021 °
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 PRECOMPTER	TOTAL AGENT	A VERSER CONVENTION	SOLDE A VERSER AGENT PAIE	* GUICHET
2225,00	1080,00	270,00	1350,00	<u>875,00</u>		2225,00	

SIGNATURE POUR ACQUIT



Docteur Amina EL KESSIOUI  
Spécialiste en Médecine Nucléaire Radio-isotope

الدكتورة القسيوي أمينة  
اختصاصية في الطب النووي و التشخيص الشعاعي ٢

Diplômée de la Faculté de Médecine de Lyon  
Ex médecin à l'hôpital Avicenne Rabat

خريجة كلية الطب بليون فرنسا  
طبيبة سابقاً بمستشفى ابن سينا بالرباط

Casablanca le : 23/02/2021

Réf : C16312

Nom et Prénom :  
Médecin Traitant :  
Renseignements Cliniques :

: MME TAZGHINI FATIHA

: Dr N.BOUIH

: Tumeur mammaire.

Bilan d'extension

: Scintigraphie osseuse aux HMDP-Tc99m.

: 660 MBq.

Examen Demandé :  
Activité injectée :

### 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.

Merci de votre confiance.  
Signé :  
*Amina El Kessoui*  
Spécialiste en Médecine  
Nucléaire - Radioisotope  
243 E