

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0019448

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 949 Société : 195893

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NASR LAHCEN

Date de naissance : 1/7/50

Adresse : 40 rue EL KHOUANE WAY RAHA CHA

Tél. : 0662467387 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15 AOUT 2022

Nom et prénom du malade : TAGHINI FATIHA 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 : CHA Le : 12/8/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

RELEVÉ 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 - RADIOGRAPHIES

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

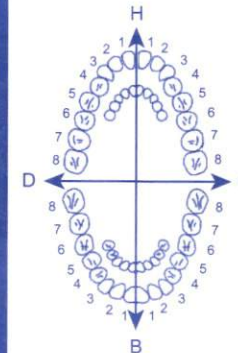
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

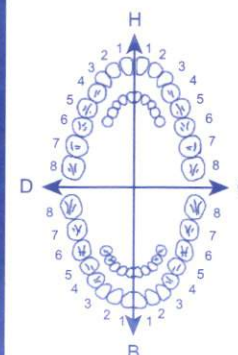
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

C.M.S.S-REGIES

Casablanca, le 29/03/2022

3, rue FERRAD Bouchaib
ex(Caillaux) CASABLANCA
Tél : 022310654-022549592

PRISE EN CHARGE

ORIGINALE

Prise en charge n° : 274601

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 : **1 800.00 DH**

Remboursement C.M.S.S : **1 350.00 DH**

Acompte Adhèrent : **0.00 DH**

Reste à charge : **450.00 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

Partie réservée à la CMSS

Le Président de la C.M.S.S



N.B : AUCUN DUPLICATA DE LA FACTURE

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



مركز العلاج الكندي

CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

Oncologie & Diagnostic du Maroc

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

RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE

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

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

INPE : 091035972

CASABLANCA, LE 28/03/22.



091035972

الدكتورة نوال بويه

Docteur Nawal BOUIH

اخصائية في العلاج بالأشعة

RADIO-ONCOLOGUE

Tme Tazghine Fathe

scintigraphie osseux

Dr N. BOUIH
Radio - Oncologue
INP : 091035972
Centre Al Kindy, Casablanca

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

المقر الرئيسي 2 و 4 : زنقة يوسف الكندي - شارع بن سينا - الدار البيضاء معاريف - المغرب 20370 - Casablanca Maârif - Maroc 20370
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 07

Service Caisse : +212 520 48 72 09

Service Pharmacie : +212 520 48 72 20

REGIE	MATRICULE	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01	52545	TA	ZGHINI FATIHA	CONSULTATION	274601	29 03 022 °
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
1800,00	1080,00	270,00	1350,00	450,00		1800,00		

SIGNATURE POUR ACQUIT



Casablanca le : 28/03/2022

Réf : C307

Nom et Prénom
Médecin Traitant
Renseignements Cliniques

: MME TAZGHINI FATIHA
: DR N. BOUIH
: Néoplasie mammaire, métastatique os.
Bilan d'évaluation thérapeutique.
: Scintigraphie osseuse aux HMDP-Tc99m.
: 670MBq.

Examen Demandé
Activité injectée

COMPTE RENDU

Le contrôle isotopique totocorporel de ce jour, montre :

- L'apparition d'une plage hyperfixante très intense, diffuse, à la sacro-iliaque gauche.
- L'absence d'autre anomalie de fixation suspecte sur le reste du squelette.

CONCLUSION :

Comparativement au contrôle antérieur du : 20/09/21, on retient une lésion de la sacro-iliaque gauche, hautement suspecte, en faveur d'un processus secondaire évolutif, mais qui reste très localisé, limité au bassin.

Merci de votre confiance.

Signé :

