

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- 0019453

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 949 Société : 143308
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MARI LANCEN
Date de naissance : 11/7/1950
Adresse : 10 rue aux Houles Hay Zaha Casablanca
Tél. : 0662467387 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : TAZGHINI FATIMA Age: 72
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : CANCEROLOGIE
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 : CASABLANCA Le : 5/1/2023
Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

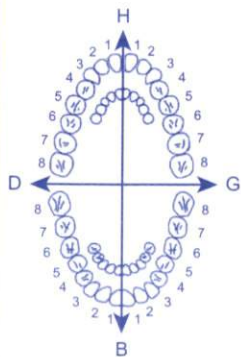
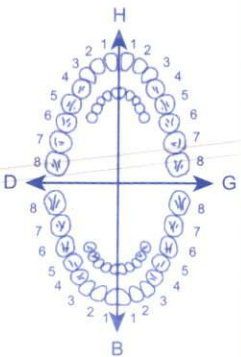
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
				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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 للسكانر - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 091035972

CASABLANCA, LE...

15/11/22



091035972

الدكتورة نوال بويه

Docteur Nawal BOUIH

أخصائية في العلاج بالأشعة

RADIO-ONCOLOGUE

Dr Tagghini Fathe

Santaphie

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

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

المقر الرئيسي 2 و 4، رنقة يوسف الكندي، شارع بن سينا، الدار البيضاء، معاريف، المغرب 20370 - Casablanca Maârif - Bd. Ibn Sina - Rue Youssef Al Kindy - 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy -

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

100
C.M.S.S-REGIES
3, rue FERRAD Bouchaib
ex(Caillaux) CASABLANCA
Tél : 022310654-022549592

Casablanca, le 21/11/2022

PRISE EN CHARGE

ORIGINALE

Prise en charge n° : 290776

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

Bouchaib ALLOUCHE

N.B : AUCUN DUPLICATA DE LA FACTURE

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

poste2

REGLEMENT INTERIEUR VOIR PAGE 2

Imagerie Médicale Ghandi
248, Angle Bd Ghandi - Casablanca
Tél / Fax : 05 22 23 87 68
05 22 99 63 07

REGIE	MATRICULE	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01	52545	TA	ZGHINI FATIHA	CONSULTATION	290776	21 11 022 °
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
2225,00	1080,00	270,00	1350,00	875,00		2225,00		

SIGNATURE POUR ACQUIT



Casablanca le : 24/11/2022

Réf : C307

Nom et Prénom	: MME. TAZGHINI FATIHA
Médecin Traitant	: DR N. BOUIH
Renseignements Cliniques	: Néoplasie mammaire, métastatique os. Bilan d'évaluation thérapeutique.
Examen Demandé	: Scintigraphie osseuse aux HMDP-Tc99m.
Activité injectée	: 670 MBq.

COMPTE RENDU

Le contrôle isotopique totocorporel de ce jour, montre :

- La nette régression de la plage hyperfixante de la sacro-iliaque gauche, actuellement limitée à un liseré hyperfixant d'intensité modérée.
- Hyper captation en regard de la symphyse pubienne, de caractère non spécifique.
- Absence d'autre anomalie de fixation suspecte sur le reste du squelette.

CONCLUSION :

Comparativement au contrôle antérieur du : 28/03/22, on retient une nette régression de la lésion de la sacro-iliaque gauche, témoignant d'une réponse favorable au traitement local.

Merci de votre confiance.

Signé :

Dr. EL KESSIOUI Amina
Spécialiste en Médecine Nucléaire
Radioisotopie
248, Avenue Ghandi - Casablanca
Tél/fax: 05 22 23 87 68
Radio-diagnostic