

# 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 949 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MASSA LANCEN

Date de naissance : 11/15/0

Adresse : Monnaie ou l'Houara Hay Zataha Gassi

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

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : TARIGHINI FAIHA Age : 72

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : CANCER RHOLOGIE

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : ECOULE

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 : casab Le : 5/11/2013

Signature de l'adhérent(e) : mej



#### **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 - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

**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

RADIOOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE  
RADIOATHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE  
CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية  
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياصن - الإشعاعي التوسي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء  
INPE : 091035972

CASABLANCA, LE 15/11/22.



091035972

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

The Taghini Fatima

Saintigraphie

Centre Al Kindy - Casablanca  
INP : 091035972  
Dr N. BOUIH  
Radio - Oncologue  
www.centrealkindy.ma | E-mail: alkindy.oncologie@centrealkindy.ma | Patente: 35806396 | F: 01002283 | CNSS: 2026913 | ICE: 000 205 043 0000 17  
العنوان: 4، زققة يوسف الكندي، شارع بن سينا، الدار البيضاء، ماروك.  
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

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

Casablanca, le 21/11/2022

ORIGINALE

PRISE EN CHARGE

Prise en charge n° : 290776

En faveur de : IMAGRIE MEDICALE GHANDI

Type : A.T.M

Nom Agent : TAZGHINI FATIHA

Bénéficiaire : FATIHA

Matricule : 52545

Degré de parenté : Agent

Régie : LYDEC

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



N.B : AUCUN DUPLICATA DE LA FACTURE  
\*\*\*\*\* NE SERA DELIVRE A L'INTERESSE \*\*\*\*\*

poste2

... AVANT ET REGLEMENT INTERIEUR VOIR PAGE 2

Imagerie Médicale Ghandi  
248, Angle Bd Ghandi - Casablanca  
Tel / 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	CONSULT	ATION 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 TOTAL A CMSS+CMCAS 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 أمينة**  
**اختصاصية في الطب النووي و التشخيص إشعاعي γ**

خريجة كلية الطب بليون فرنسا  
طبيبة سابقاً بمستشفى ابن سينا بالرباط

Casablanca le : 24/11/2022

**Réf :** C307

Nom et Prénom	: MME. TAZGHINI FATHA
Médecin Traitant	: DR N. BOUIH
Renseignements Cliniques	: Néoplasie mammaire, métastatique os.
Examen Demandé	: Bilan d'évaluation thérapeutique.
Activité injectée	: Scintigraphie osseuse aux HMDP-Tc99m. : 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  
Radioisotopes  
248 Avenue Ghandi Casablanca 20220  
Tél/fax: 05 22 23 87 68 - 05 22 73 8207  
Radio-diagnostic*