

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 : 943 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NASR LAHCEN

Date de naissance :

11/11/59

Adresse :

100 Rue Sidi Khatem El Hay Alifa

Laser

Tél. :

0662467387

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

couff lement

Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade :

TAZGHINI FATHA

Age: 72

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

cancre logie

Affection longue durée ou chronique :

ALD ALC

Pathologie : 06

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 :

Casa

Le : 5/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Elley

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 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

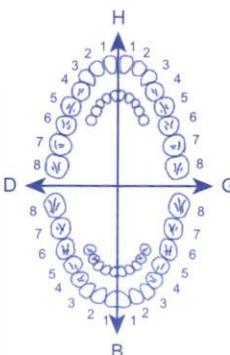
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 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 |

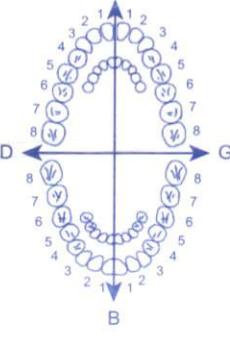


ODF
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| B | | |
| 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

| REGIE | MATRICULE | NOM ADHERENT | PRENOM MALADE | TYPE DOSSIER | N° DOSSIER | DATE |
|-------|-----------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------------------------|
| 01 | 52545 | TA | ZGHINI FATIHA | CONSULT | ATION 275130 | 10 11 022 ° CENTRE AL KINDY |

| BENEFICIAIRE | | | | | | | |
|-----------------------|------|----------|---------------------|-----------------------|-----------|------------|------------|
| DESIGNATION DES ACTES | NBRE | ASSIETTE | PRESTATION C.M.S.S. | PRESTATION C.M.C.A.S. | PRECOMPTE | PRESTATION | PRESTATION |
| HONORAIRES | | 225,00 | 180,00 | 45,00 | | 225,00 | 70128 |

| TOTAL DOSSIER | REMBOURSE C.M.S.S. | REMBOURSE C.M.C.A.S. | ENGAGEMENT TOTAL A CMSS+CMCAS PRECOMPTER | TOTAL PRECOMPTE | A VERSER CONVENTION | SOLDE A VERSER AGENT PAIE | * GUICHET |
|---------------|--------------------|----------------------|--|-----------------|---------------------|---------------------------|-----------|
| 550,00 | 180,00 | 45,00 | 225,00 | 325,00 | <u> </u> | 550,00 | |

SIGNATURE POUR ACQUIT



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

RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS IN MIRRORS - SCANNER BIG BORE - RADIOOTHERAPIE METABOLIQUE

CURIOTHERAPIE 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 الفياس - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE.....



F A C T U R E

090001405

Nº de l'admission : 22011326

Nº Facture : 22009936

Date facturation : 15/11/2022

Nom et prénom du patient : **FATIHA TAZGHINI**

Convention : **LYDEC (CMSS)**

Traitement : **3ème cure de 1 j, Intervalle entre cures : 90 j** Entrée: 15/11/2022 Sortie: 15/11/2022

| PRESTATIONS | Nombre | Prix unitaire | Montant |
|----------------|--------|---------------|---------------|
| Chimiothérapie | 1.00 | 550.00 | 550.00 |
| | | Sous-Total | 550.00 |

arrêtée la présente facture à la somme de :

| | | |
|------------------------------------|------------------|---------------|
| Cinq cent cinquante dirhams | Total | 550.00 |
| Immatriculation : | Part organisme : | 225.00 |
| Nº prise en charge : 275130 | Part patient : | 325.00 |

Notre compte bancaire : 011 780 0000192100009974 65

المركز الكندي
CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY
Oncologie & Diagnostic du Maroc
2-4, Rue A Kindy
Tél. : 0520 48 72 00 Casablanca

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

Casablanca, le 10/11/2022

PRISE EN CHARGE

ORIGINAL

Prise en charge n° : 275130 En faveur de : CENTRE AL KINDY

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 :
CURE DE CHIMIOTHERAPIE (3 EME CURE)

Montant de la facture : 550.00 DH

Remboursement C.M.S.S : 225.00 DH

Acompte Adhérent : 325.00 DH *AT*

Reste à charge : 0.00 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 *****

poste4

RADIOOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE
CURIOTHERAPIE 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 الفياص - الإشعاعي النووي - العلاج الكميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE.....



أخصائيين في العلاج بالأشعة

RADIO-ONCOLOGUES

الدكتور محمد المرشد

Docteur M. EL MORCHID

الدكتور عبد اللطيف بوبيه

Dr A. BOUIH

الدكتورة نوال بوبيه

Docteur N. BOUIH

الدكتورة مالحة آيت محمد بور حيم
Docteur M. AIT MOHAMED BOURHIM

الدكتور عبد العزيز بيلا

Docteur A. BAYLA

أخصائي في العلاج بالمواد الكيميائية
ONCOLOGUE MEDICAL

الدكتور سعيد تاشفين

Docteur S. TACHFINE

طبيب المستعجلات

MEDECIN URGENTISTE

الدكتور عبد الحليم بنعبد الله

Docteur A. BENABDALLAH

الفحص بالأشعة

MEDECIN RADIOLOGUE

الدكتورة زبيدة العمراني

Docteur Z. LAMRANI

08 Novembre 2022

A Monsieur le Médecin Conseil de la CNSS

Cher Confrère,

Votre patiente Madame **TAZGHINI FATHIA**, est suivie au CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY pour un carcinome mammaire métastatique qui nécessite un traitement par chimiothérapie, 3^{ème} cure de 1 jour à raison d'une cure tous les 90 jours selon le protocole suivant :

- RANCLAST 04 mg J1

A NOTER QUE LA DATE DU TRAITEMENT EST PREVUE LE
15/11/2022

Nous vous remercions pour votre collaboration, veuillez croire, Monsieur le Médecin, en l'expression de nos sentiments les meilleurs.

مركز العلاج الكندي
CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY
Oncologie & Diagnostic du Maroc

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

RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOOTHERAPIE METABOLIQUE
CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المتطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياص - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA LE
DEVIS



08/11/2022

F-14-07-035-062

N° D220007284 08/11/2022

zaity.h

Nom et prénom du patient : TAZGHINI FATIHA

Prise en charge : LYDEC (CMSS)

Traitements : Chimiothérapie

3ème cure de 1 j, Intervalle entre cures : 90 j

Examen chimiotherapie

Nombre Prix unitaire Montant

| | | | |
|----------------------------------|---|-------------------|---------------|
| FORFAIT DE CHIMIO BI-PHOSPHONATE | 1 | 550.00 | 550.00 |
| | | Sous-Total | 550.00 |

(*) Produits facturés à l'unité

Total devis 550.00

مركز العلاج الكندي
CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY
Oncologie & Diagnostic du Maroc

2-4, Rue Al Kindy
Tél. : 05 20 48 72 00 - Casablanca

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

RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS 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 الفيماض - الإشعاعي النووي - العلاج الكميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE.....



090001405

LE 08/11/2022

TAZGHINI FATIHA

Nom et Prénom patient :

LYDEC

PROTOCOLE

3ème CURE DE 01 JR

| PRODUITS | DOSE PAR JOUR | NBR DE JOUR |
|--------------------------|------------------|-------------|
| RANCLAST (OU EQUIVALENT) | 04 mg | J1 |

مركز العلاج الكندي
CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY
Oncologie & Diagnostic du Maroc
2-4 Rue Al Kindy
Casablanca
Tél. : 05 24 48 72 02