

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0019456

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 948 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MASA LATIEN 154024
Date de naissance : 11/7/50
Adresse : 10 rue Sukhoume MAY RABA
Tél. : 0662 467387 Total des frais engagés : 325,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : TARGHINS ASSIHA Age: 72
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cancer
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 : Le : 15/3/2023
Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

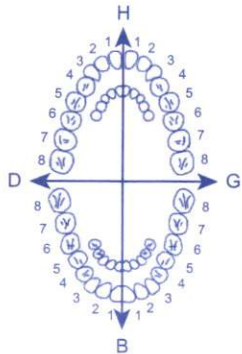
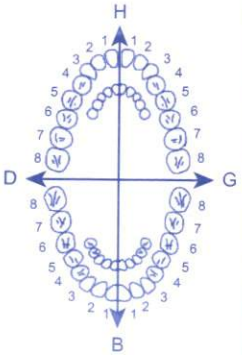
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

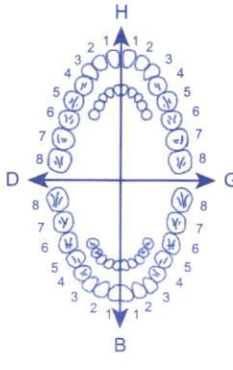
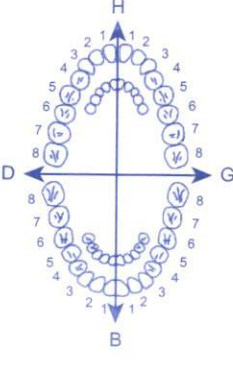
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE				
		<div><div>H</div><div><div>D</div><div>25533412 00000000 00000000 35533411</div><div>21433552 00000000 00000000 11433553</div><div>G</div></div><div>B</div></div>			Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Reçu Avance N° A2302892

CASABLANCA , Le 09/03/2023 11:27

Patient : TAZGHINI FATIHA , N° Dossier : 23002874

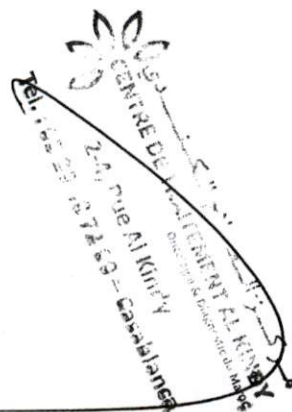
Traitement : CHIMIOTHÉRAPIE

Titre : 4ème cure de 1 j, Intervalle entre cures : 90 j

Mode règlement	Banque	Référence	Montant
Carte Bancaire(T.P.E)	Banque Populaire	003763	325.00

Reçu par :f.zahra

Signature



Montant devis	550,00
Avance exigée	0,00
Total perçu	325.000
Reste à payer	-325,00

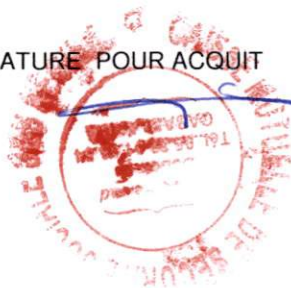
Imprimé par :f.zahra

REGIE	MATRICULE	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01	52545	TA	ZGHINI FATIHA	CONSULTATION	275236	31 03 023 °
CENTRE AL KINDY						°

DESIGNATION DES ACTES	NBRE	ASSIETTE	PRESTATION C.M.S.S.	PRESTATION C.M.C.A.S.	PRECOMPTE	PRESTATION	BENEFICIAIRE 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 CMSS+CMCAS	TOTAL A PRECOMPTER	TOTAL AGENT	A VERSER CONVENTION	SOLDE A VERSER AGENT PAIE	* GUICHET
225,00	180,00	45,00	225,00	0,00		225,00		

SIGNATURE POUR ACQUIT



325,00

PRISE EN CHARGE

ORIGINALE

Prise en charge n° : **275236** En faveur de : **CENTRE AL KINDY**

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 :

CURE DE CHIMIOThERAPIE (4 EME CURE)

Montant de la facture : **550.00 DH**

Remboursement C.M.S.S : **225.00 DH**

Acompte Adhérent : **325.00 DH** 

Reste à charge : **0.00 DH**

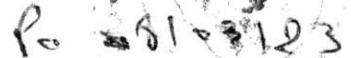
La facture détaillée correspondante, mentionnant les références ci-dessus ainsi que le numéro de la prise en charge doit être adressée en double exemplaire à :

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

Bouchaib ALLOUCHE



N.B : AUCUN DUPLICATA DE LA FACTURE

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

poste4

مركز العلاج
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) - CHIMIOOTHERAPIE - CHIMIOOTHERAPIE 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 : 090001405

CASABLANCA, LE.....
DEVIS



CASABLANCA, LE 13/02/2023

090001405

F-14-07-035-062

N° D230001182 13/02/2023

aya

Nom et prénom du patient : TAZGHINI FATIHA

Prise en charge : LYDEC (CMSS)

Traitements : Chimiothérapie

4ème cure de 1 j, Intervalle entre cures : 90 j

Examen chimiothérapie		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
Rue Al Kindy
Tél : 05 20 48 72 00 - Casablanca

www.centrealkindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centrealkindy.ma | Patente : 35806396 | I.F : 01002283 | CNSS : 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

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

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 : 090001405

CASABLANCA, LE.....



090001405

اخصائيين في العلاج بالأشعة

RADIO-ONCOLOGUES

الدكتور محمد المرشد

Docteur M. EL MORCHID

الدكتور عبد اللطيف بويه

Dr A. BOUIH

الدكتورة نوال بويه

Docteur N. BOUIH

الدكتورة مالحة آيت محمد بورحيم

Docteur M. AIT MOHAMED BOURHIM

الدكتور عبد العزيز بيلا

Docteur A. BAYLA

اخصائي 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

13 Février 2023

Nom et Prénom patient :

Mme TAZGHINI FATIHA

LYDEC

4^{ème} CURE DE
01 JOUR

PROTOCOLE

RANCLAST (ou équivalent)

DOSE PAR
JOUR

04 mg

NBR DE JOUR

J1

Dr S. TACHFINE
Spécialiste en Oncologie Médicale
INPE : 090001405
Centre Al Kindy - Casablanca

www.centreakindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centreakindy.ma | Patente : 35806396 | I.F : 01002283 | CNSS : 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 - 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

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) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE 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 : 090001405

CASABLANCA, LE.....



090001405

13 Février 2023

A L'ATTENTION DE MONSIEUR
LE MEDECIN CONSEIL

اخصائيين في العلاج بالأشعة

RADIO-ONCOLOGUES

الدكتور محمد المرشد

Docteur M. EL MORCHID

الدكتور عبد اللطيف بويه

Dr A. BOUIH

الدكتورة نوال بويه

Docteur N. BOUIH

الدكتورة مألحة آيت محمد بورحيم

Docteur M. AIT MOHAMED BOURHIM

الدكتور عبد العزيز بيلا

Docteur A. BAYLA

اخصائي في العلاج بالمواد الكيميائية

ONCOLOGUE MEDICAL

الدكتور سعيد تاشفين

Docteur S. TACHFINE

طبيب المستعجلات

MEDECIN URGENTISTE

الدكتور عبد الحليم بن عبد الله

Docteur A. BENABDALLAH

الفحص بالأشعة

MEDECIN RADIOLOGUE

الدكتورة زبيدة العمراني

Docteur Z. LAMRANI

Mon cher confrère,

Madame TAZGHINI FATIHA, est suivie au Centre de
Traitement Al-Kindy, pour un carcinome mammaire avec des
métastases osseuses.

La patiente nécessite un traitement par chimiothérapie, 4^{ème}
cure de 01 jour selon le protocole suivant à raison d'une cure
tous les 90 jours :

- RANCLAST 4mg J1

**A NOTER QUE LA DATE DU TRAITEMENT EST
PREVUE POUR LE 06/03/2023.**

Veuillez agréer, Mon cher confrère, l'expression de mes
sentiments les meilleurs.

Dr S. TACHFINE
Spécialiste en Oncologie Médicale
Hop. Al Kindy
Centre Al Kindy - Casablanca

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

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

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