

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 948 Société : 154024
 Actif Pensionné(e)
Nom & Prénom : MASSA LAIT CER
Date de naissance : 11/7/50
Adresse : ROUTE DUKHANEH DAY 2442
Tél. : 0662 467387 Total des frais engagés : 225,1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/03/2023
Nom et prénom du malade : TAGHINI FAZIA Age : 72

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cancer

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 21 MAR. 2023

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 : Centre Le : 15/3/2023

Signature de l'adhérent(e) : Massa



MUPRAS

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.

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																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">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</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
				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															

Reçu Avance N° A2302892

CASABLANCA , Le 09/03/2023 11:27

Patient : TAZGHINI FATIHA , N° Dossier : 23002874

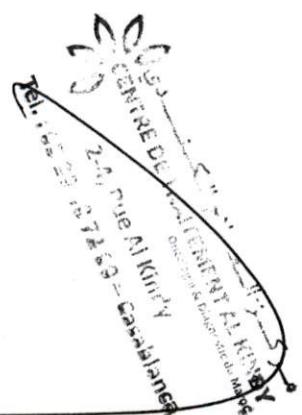
Traitement : CHIMIOTHÉRAPIE

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



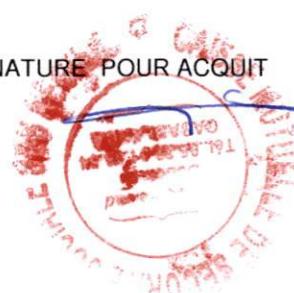
Montant devis	550,00
Avance exigée	0,00
Total perçu	325.000
Reste à payer	-325,00

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

BENEFICIAIRE PRESTATION							
DESIGNATION DES ACTES	NBRE	ASSIETTE	PRESTATION C.M.S.S.	PRESTATION C.M.C.A.S.	PRECOMPTE	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	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

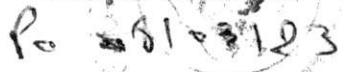
La facture détaillée correspondante, mentionnant les références ci-dessus ainsi que le numéro de la prise en charge doit être adressée en double exemplaire à :

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

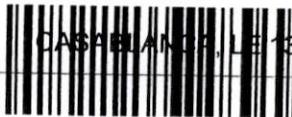
**العلاج
المركز
AL KINDY
DE TRAITEMENT AL KINDY**
Oncologie & Diagnostic du Maroc

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 المطور الموجة بالصور - معجل الإلكترونيات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياصن - الإشعاعي النووي - العلاج الكميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

~~CASABLANCA, LE.....~~
DEVIS



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.

Temps entre deux émissions : 10 s, intervalle entre émissions : 90 s

Examen chimiotherapie	Nombre	Prix unitaire	Montant
FORFAIT DE CHIMIO BI-PHOSPHONATE	1	550.00	550.00
(*) Produits facturés à l'unité			Sous-Total 550.00
		Total devis	550.00

مركز العلاج الكيماوي

CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

Oncologie & Diagnostic du Maroc

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

RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOOTHERAPIE 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 النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الاستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE.....



090001405

أخصائيين 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

أخصائي في العلاج بالمواد الكيماوية
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

4ème CURE DE
01 JOUR

PROTOCOLE

DOSE PAR
JOUR

NBR DE JOUR

RANCLAST (ou équivalent)

04 mg

J1

Dr S. TACHFINE
Spécialiste en Oncologie Médicale
INP : 09001405
Centre Al Kindy - Casablanca

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

RADIOOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOOTHERAPIE 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 التورمي - العلاج الكيميائي الباطني - الاستئفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE.....



090001405

أخصائيين في العلاج بالأشعة

RADIO-ONCOLOGUES

الدكتور محمد المرشد

Docteur M. EL MORCHID

الدكتور عبد اللطيف بويه

Dr A. BOUIH

الدكتورة نوال بويء

Docteur N. BOUIH

الدكتورة مالحة آيت محمد بورحيم

Docteur M.AIT MOHAMED BOURHIM

الدكتور عبد العزيز بيلا

Docteur A. BAYLA

أخصائي في العلاج بالمواد الكيميائية

ONCOLOGUE MEDICAL

الدكتور سعيد تاشفین

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

A L'ATTENTION DE MONSIEUR
LE MEDECIN CONSEIL

Mon cher confrère,

Madame TAZGHINI FATHIA, 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. TAZGHINI
Spécialiste en Oncologie Médicale
Centre Al Kindy - Casablanca