

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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)

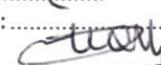
Matricule :	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : NASR LAHCEN		
Date de naissance : 1950		
Adresse : 60 rue du Khouane Say RAIHA		
Tél. 0662467387	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :	LAHCEN AZGHINI FAIHA Age: 70		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : 06/09/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 06/09/2022

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 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	

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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

Partie Réservée Aux Lunettes

avis optique

إطار خاص بالنظارات

تسعيرة النظارات
الطبب

التاريخ : Docteur :

verres	الوصفة Prescription	رقم قائمة الأعمال N° Nomenclature	نوع الزجاج Nature verres	الثمن Prix	الزجاج
oin: O.D.					البعد : ع يم
O.G.					ع يس
ès : O.D.					القرب : ع يم
O.G.					ع يس
O.D.					المزدوج : ع يم
O.G.					ع يس
iture					الإطار :
'AL					المجموع :

الخاتم والتوقع
Cachet & Signature

vis Contrôle Optique

رأي المكلف بالمراقبة

Date : التاریخ : P. en charge n° : رقم الكفالة :

erres :	تعويض التعاضدية Remb. C.M.S.S.	باقي Reste à charge	الزجاج
oin			البعد
rès			القرب
			المزدوج
iture			الإطار :
'AL			المجموع

موافقة التعاضدية
Accord C.M.S.S.توقيع المشترك
Signature du Mutualiste

Facture de l'Opticien

فاتورة النظارات
التاريخ :

rnitures :	Verres	المواد	الزجاج
	Monture	الإطار	
TOTAL			المجموع

الخاتم والتوقع

ص.ت.ض.ا.
للوكالات

الصندوق التعاوني للضمان الاجتماعي للوكالات م.ت.

C.M.S.S.
REGIESCAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE
DES REGIES AUTONOMES DE DISTRIBUTION3، زنقة بوشعيب فراد - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.30.41.17 - ص.ب. 88 - الدار البيضاء
3,Rue Bouchaïb Ferrad - CASABLANCA - B.P.88 - Téléphone : 05.22.30.41.17

ورقة العلاجات

التعاضدي المستفيد	NOM ET PRENOM	T A Z G H I A T F a t e h a	
	MATRICULE & SERVICE	5 2 1 5 4 1 5	
MUTUALISTE & BENEFICIAIRE	REGIE ou CENTRE	T A Z G H I A T F a t e h a	
	NOM ET PRENOM	2 7 / 8 / 1958	
الطبيب المعالج PRATICIEN	DATE DE NAISSANCE	T A Z G H I A T F a t e h a	
	DEGRE DE PARENTE	m e m e	
En Cas d'accident		في حالة حادثة	
هل الحادثة تسبب فيها الغير : هل الحادثة تسبب فيها الغير : أشهد بشرف على صحة المعلومات المبينة بهذا المطبوع J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés			
NATURE MALADIE		Date 16/08/2012 التشخص	
Affection		Alatologique	
التعاضدية C.M.S.S.	MLAHOZAT	OBSERVATIONS	
	Ds. N° :	Dr. CHAHIDI Naim الخاتم والتوقع Signature & Date N° : 16/08/2012 Signature Andalousia Signature CMSS	
خاتم و توقيع التعاضدية Cachet & Signature CMSS			
• BIEN REMPLIR CETTE PREMIERE PAGE POUR EVITER TOUT DEPIET DE VOTRE RECETTE			

Partie Réervée Aux Actes Médicaux

إطار خاص بالخدمات الطبية

نوع العلاج	بيان وفق قائمة الأعمال الطبية	تسليم ورقة الكشف	نحوين و التحاليل الموصوفة	مبلغ الأتعاب	توقيع و خاتم الطبيب
نوع العلاج	بيان وفق قائمة الأعمال الطبية	تسليم ورقة الكشف	نحوين و التحاليل الموصوفة	مبلغ الأتعاب	توقيع و خاتم الطبيب
8177 CS		Délivrance d'une ordonnance suivant nomenc	Examens et analyses prescrits	300/00	Signature et cachet du praticien
					Dr. CHAHID HUMAIDI
					173-0522-9493-6515
					DR. AHMED CHARFI
					PHARMACIE

Examens et Analyses Prescrits

الفحوص و التحاليل الموصوفة

نوع العلاج	نوعية الفحص أو التحليل	الأعمال الطبية المعامل حسب القائمة	Coefficient suivant nomenclature	توقيع الطبيب و خاتم المؤسسة الصحية
8170	Nature de l'examen ou de l'analyse	Coeficient suivant nomenclature	Dr. A. Ahmed Charfi	Signature du médecin et cachet de l'établissement
			Hay Rahaoui	0522-9493-6515
			Dr. Ahmed Charfi	DR. AHMED CHARFI
				PHARMACIE

Partie Réervée Aux Actes Courants

إطار خاص بالأعمال الطبية العادية

الاعمال المزاولة	العدد	الثمن	المستعمل	الدواء المستعمل	خاتم وتوقيع القائم بالأعمال

un agent est responsable vis à vis de la S. des membres de sa famille.

peut bénéficier des prestations de la S. que :

femme légitime, les enfants ayant moins ans et ouvrant droit aux allocations

est tenu d'informer la C.M.S.S. des portées sur la situation familiale.

tion de la carte Mutuelle est

"article 39 du statut, toute ou falsification etc...) au risque expose son auteur

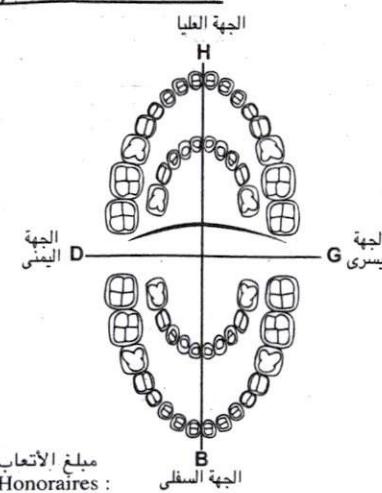
Pièces à joindre obligatoirement au présent bulletin :

- Cas d'hospitalisation :
 - La facture détaillée et acquittée
 - La note confidentielle du Médecin traitant
 - L'ordonnance des analyses et radios.
- Cas de consultation :
 - Ordonnance médicale achetée par la pharmacie et accompagnée des prospectus et vignettes.
- La prise en charge est obligatoire en cas d'hospitalisation, prothèse dentaire, optique et soins spéciaux.
- Le dossier complet doit être remis à la C.M.S.S. dans un délai d'un mois.

Partie Réervée Aux Soins et Prothèses Dentaires

رسغيرة الأسنان

1) Devis Dentaire



مبلغ الأتعاب
Honoraies :

الجهة العليا	H	الجهة اليسرى	G
2 5 5 3 3 4 1 2		2 1 4 3 3 5 5 2	
0 0 0 0 0 0 0 0		0 0 0 0 0 0 0 0	
0 0 0 0 0 0 0 0		0 0 0 0 0 0 0 0	

الجهة السفلية

الجهة السفلية	B	المعامل	Coefficient masticatoire
3 5 5 3 3 4 1 1		1 1 4 3 3 5 5 3	

العلاجات أو الأجهزة الإصطناعية المقترحة
Soins et prothèses préconisés

Date : التاريخ :

خاتم و توقيع القائم بالأعمال
Cachet et Signature du Praticien

رأي المكلف بمراقبة الأسنان

2) Avis Contrôle Dentaire

Date : P. en charge n° رقم الكفالة :
Actes (PEC) الأعمال :
Cotations المعامل :
Remboursement CMSS تعويض التعاضدية :
Reste à chargeباقي على حساب المشارك :

توقيع المشارك
Signature du Mutualiste

خاتم و توقيع التعاضدية
Cachet et Signature CMSS.

3) Facture du Praticien

Date التاريخ :
Actes الأعمال :
Cotations المعامل :
Montant الثمن :

خاتم و توقيع القائم بالأعمال الذي يشهد على صحة تاريخ إجراء العلاجات
Cachet et Signature du Praticien attestant la date de l'exécution des soins

Cmss - Régies
3, rue FERRAD Bouchaib

Date : 23/08/2022

Reçu de dépôt de dossier

Type Dossier :PHARMACIE

Régie	Matricule	Nom du malade	Dossier N°	Montant	Date Dépot
01	52545	FATIUHA	Z2142976	395.80	23/08/2022

الدكتورة نعيمة شهيدى

أخصائية في أمراض العظام

والمفاصل والروماتيزم

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس

أمراض العمود الفقري (باريس)

أمراض الروماتيزم (ليل-فرنسا)

العلاج بالأدوية البيولوجية

هشاشة العظام

Le 18/08/2022

Mme FATHA

TAZ CHINI

47,90 X2

1/ Alginou 250mg



dep x 2 j 10 pte
95,80 Aps repu

Dr. CHAHIDI Naima
Rhumatologue
173, Bd. Yaâcoub El Mansour
Espace Andalousse, 1er Etage N°6
Tél: 05 22 95 14 38

173 شارع بعقب النصور، فضاء الأندلس، الطابق الأول، رقم 6، المعارف، الدار البيضاء
173 Boulevard Yacoub EL Mansour Espace Andalousse, 1^{er} étage, N°6 Maarif, Casablanca

REGIE	MATRICULE	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01	52545	TA	ZGHINI FATIHA	CONSULT	ATION 2142976	16 08 022 °

DESIGNATION DES ACTES		NBRE	ASSIETTE	PRESTATION C.M.S.S.	PRESTATION C.M.C.A.S.	PRECOMPTE	PRESTATION	BENEFICIAIRE PRESTATION
PHARMACIE HONORAIRES			95,80 54,00	76,64 43,20	19,16 10,80	0,00 0,00	95,80 54,00	

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
395,80	119,84	29,96	149,80	0,00	149,80	0,00	149,80

SIGNATURE POUR ACQUIT

