

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- 0029030

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 949 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NASR LAHCEN
 Date de naissance : 1950
 Adresse : 40 me au K Houane MAY RAHA
 Tél. 0622467387 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : JAZGHINI FATIHA Age: 70
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Casablanca Le : 11 / 11 / 2022
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

RELEVÉ 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

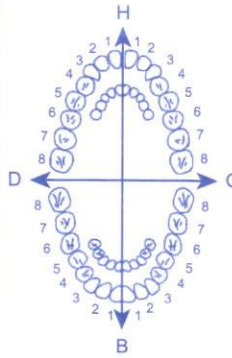
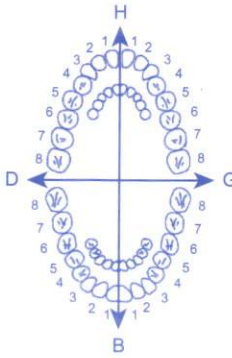
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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		
				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 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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 Réservee Aux Lunettes		إطار خاص بالنظارات	
Lunettes		تسعيرة النظارات	
Date :		Docteur :	
Prescription		N° Nomenclature	
Nature verres		Prix	
zajag		البعد : ع يم	
O.D.		ع يس	
O.G.		القرب : ع يم	
O.D.		ع يس	
O.G.		المزدوج : ع يم	
O.D.		ع يس	
O.G.		الإطار :	
Monture		المجموع :	
AL			
الخاتم والتوقيع Cachet & Signature			
vis Contrôle Optique		رأى المكلف بالمراقبة	
e :		P. en charge n° :	
erres :		تعويض التعاضدية Remb. C.M.S.S.	
oin		الباقى Reste à charge	
rès		الزجاج	
		البعد	
		القرب	
		المزدوج	
Monture		الإطار :	
AL		المجموع	
موافقة التعاضدية Accord C.M.S.S.		توقيع المشترك Signature du Mutualiste	
acture de l'Opticien		فاتورة النظارات	
Date :		التاريخ :	
rnitures :		Verres	
		الزجاج	
		الإطار	
TOTAL		المجموع	
الخاتم و التوقيع			

Partie Réservee Aux Actes Médicaux

إطار خاص بالخدمات الطبية

تاريخ الأمم actes aux	بيان وفق قائمة الأعمال الطبية Designation des actes suivant nomencl	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوص و التحليلات الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع و خاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
8/20				300,00	

Examens et Analyses Prescrits

الفحوص و التحليلات الموصوفة

تاريخ الأمم s actes aux	نوعية الفحص أو التحليل Nature de l'examen ou de l'analyse	الأعمال الطبية المعامل حسب القائمة Coefficient suivant nomenclature	توقيع الطبيب و خاتم المؤسسة الصحية Signature du médecin et cachet de l'établissement
8/20			

Partie Réservee Aux Actes Courants

إطار خاص بالأعمال الطبية العادية

الأعمال المزاولة actes pratiqués	العدد Nombre	الثمن Prix Unitaire	إجمالي الثمن Prix total	الدواء المستعمل Médicament utilisé	خاتم وتوقيع القائم بالأعمال Cachet et Signature du praticien

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

Peuvent bénéficier des prestations de la
S. que :

la femme légitime, les enfants ayant moins
de 18 ans et ouvrant droit aux allocations

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

La mention de la carte Mutuelle est

l'article 39 du statut, toute
ou falsification etc...) au

la S. expose son auteur

Pièces à joindre obligatoirement au présent
bulletin :

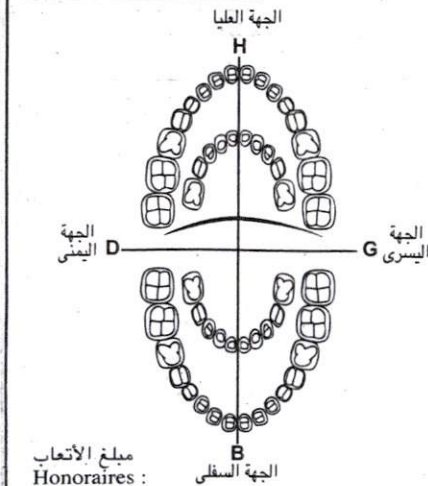
- Cas d'hospitalisation :
 - La facture détaillée et acquittée
 - La note confidentielle du Médecin traitant
 - L'ordonnance des analyses et radios.
- Cas de consultation :
 - Ordonnance médicale achetée par la pharmacie et accompagnée des prospectus et vignettes.
- La prise en charge est obligatoire 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.

IV)

إطار خاص بعلاجات الأسنان وتركيب الأجهزة الاصطناعية
Partie Réservee Aux Soins et Prothèses Dentaires

1) Devis Dentaire

تسجيرة الأسنان



الجهة العليا	الجهة اليسرى	الجهة اليمنى
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	
3 5 5 3 3 4 1 1	1 1 4 3 3 5 5 3	

المعامل
Coefficient masticatoire

العلاجات أو الأجهزة الاصطناعية المقترحة
Soins et prothèses préconisés

Date : التاريخ

خاتم و توقيع القائم بالأعمال
Cachet et Signature du Praticien

2) Avis Contrôle Dentaire

رأي المكلف بمراقبة الأسنان

رقم الكفالة : P. en charge n° التاريخ :
الأعمال :
المعامل :
تعويض التعاضدية :
الباقي على حساب المشارك :

توقيع المشارك
Signature du Mutualiste

خاتم و توقيع التعاضدية
Cachet et Signature CMSS.

3) Facture du Praticien

فاتورة القائم بالأعمال

التاريخ :
الأعمال :
المعامل :
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 شهيدي

أخصائية في أمراض العظام
و المفاصل و الروماتيزم

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس

أمراض العمود الفقري (باريس)

أمراض الروماتيزم (ليل-فرنسا)

العلاج بالأدوية البيولوجية

هشاشة العظام

Le 18/08/2022

Mme FATHA

TAZGHINI

47,90 x2

1 / Alginou 250mg



2ep x 2 j

pt 10j

95,80

Après repas

PHARMACIE
Dr. Ahmed CHAËRY
51, Bis Rue Beauséjour
Casablanca
0522 39 34 31 - 0522 94 94 -

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

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

Tel : 05 22 95 14 38 / 06 66 71 75 15

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

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

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

SIGNATURE POUR ACQUIT

