

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

- 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



Déclaration de Maladie : N° P19- 0000519

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 949 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NASR LAHCEN Date de naissance : 1/3/50
Adresse : 40 rue ou Khay RA HA CASA
Tél. : 0662 467337 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : TAZGHINI FATIMA Age : 70
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : 03 / 11 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

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

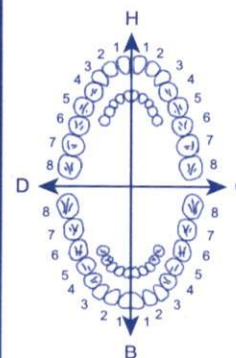
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

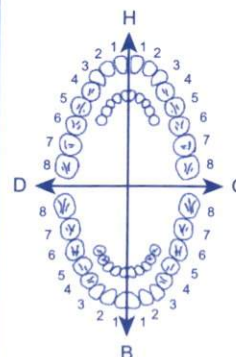
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

I) Partie Réservee Aux Actes Médicaux

إطار خاص بالخدمات الطبية

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	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
13/6/22	9	-	-	300,00	Dr N. BOUHA Radio Oncologie Unité d'Ordonnance - Carabianca

II) Examens et Analyses Prescrits

الفحوص و التحليلات الموصوفة

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	نوعية الفحص أو التحليل Nature de l'examen ou de l'analyse	الأعمال الطبية المعامل حسب القائمة Coefficient suivant nomenclature	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع الطبيب و خاتم المؤسسة الصحية Signature du médecin et cachet de l'établissement
09/06/2022	998		156,37 dh	Dr N. BOUHA Radio Oncologie Unité d'Ordonnance - Carabianca

III) Partie Réservee Aux Actes Courants

إطار خاص بالأعمال الطبية العادية

التاريخ Date	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

- Chaque agent est responsable vis à vis de la C.M.S.S. des membres de sa famille.
- Ne peuvent bénéficier des prestations de la C.M.S.S. que :
 - La femme légitime, les enfants ayant moins de 21 ans et ouvrant droit aux allocations familiales.
- L'agent est tenu d'informer la C.M.S.S. des modifications portées sur la situation familiale.
- La présentation de la carte Mutuelle est obligatoire.
- Conformément à l'article 39 du statut, toute infraction (Fraude, Abus ou falsification etc...) au règlement intérieur de la caisse expose son auteur à des poursuites.

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

تسعيرة الأسنان

الجهة العليا H

الجهة اليسرى D

الجهة اليمنى G

الجهة السفلى B

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

رأى المكلف بمراقبة الأسنان

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

الأعمال : Actes (PEC)

المعامل : Cotations

تعويض التعاضدية : Remboursement CMSS

الباقى على حساب المشارك : Reste à charge

توقيع المشارك
Signature du Mutualiste

خاتم و توقيع التعاضدية
Cachet et Signature CMSS.

3) Facture du Praticien

فاتورة القائم بالأعمال

التاريخ : Date

الأعمال : Actes

المعامل : Cotations

الثمن : Montant

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

N.B Tout acte effectué doit être mentionné sur schéma ci-dessus كل عمل أجري يجب الإشارة إليه في الرسم أعلاه

V) **Partie Réservee Aux lunettes** إطار خاص بالنظارات

1) **Devis optique** تسعيرة النظارات
Date : Docteur : الطبيب

Verres	الوصفة Prescription	رقم قائمة الأعمال N° Nomenclature	نوع الزجاج Nature verres	الثلث Prix	الزجاج
V. Loin: O.D.					البعد : ع يم
O.G.					ع يس
V. Près : O.D.					القرب : ع يم
O.G.					ع يس
D.F. O.D.					المزدوج : ع يم
O.G.					ع يس
Monture					الإطار :
TOTAL					المجموع :

الخاتم والتوقيع
Cachet & Signature

2) **Avis Contrôle Optique** رأى المكلف بالمراقبة
Date : P. en charge n° : رقم الكفالة :
Verres : تعويض التعاضدية
Remb. C.M.S.S. الباقي
Reste à charge الزجاج

Verres :	تعويض التعاضدية Remb. C.M.S.S.	الباقي Reste à charge	الزجاج
V. Loin			البعد
V. Près			القرب
D.F.			المزدوج
Monture			الإطار :
TOTAL			المجموع

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

3) **Facture de l'Opticien** فاتورة النظارات
Date : التاريخ :

Fournitures :	Verres	الزجاج	المواد
	Monture	الإطار	
TOTAL			المجموع

الخاتم والتوقيع
Cachet & Signature

الصندوق التعاضدي للضمان الاجتماعي للكالات م.ت. ص.ت.ض.إ. للوكالات

CAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE
DES REGIES AUTONOMES DE DISTRIBUTION

3, Rue Bouchaïb Ferrad - CASABLANCA - B.P.88 - Téléphone : 05.22.30.41.17

ورقة العلاجات **FEUILLE DE SOINS**

NOM ET PRENOM **Taghmi Fatima** الإسم الكامل

MATRICULE & SERVICE **1521514151** الرقم والمصلحة

REGIE ou CENTRE **111425** الوكالة أو المركز

NOM ET PRENOM **TAZGHENI Fatima** الإسم الكامل

DATE DE NAISSANCE **27/2/1952** تاريخ الازدياد

DEGRE DE PARENTE **ma mere** درجة القرابة

توقيع التعاضدي
Signature du Mutualiste

En Cas d'accident في حالة حادثة
S'agit-il d'un accident occasionné par tiers : هل الحادثة تسبب فيها الغير
أشهد بشرفي على صحة المعلومات المبينة بهذا المطبوع
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés

NATURE MALADIE **Carurome mammaire metastatique** التشخيص Date **13/6/2022** التاريخ

الخاتم والتوقيع
Dr N. BOUJIN
Radio - Oncologue
INP : 031035972
Centre Al Kindy - Casablanca

ملاحظات
OBSERVATIONS Ds. N° :

الخاتم والتوقيع
Cachet & Signature C.M.S.S.

RMQS.

- BIEN REMPLIR CETTE PREMIERE PAGE POUR EVITER TOUT REJET DE VOTRE DOSSIER.
- EXTRAIT : STATUT ET REGLEMENT INTERIEUR VOIR PAGE 2

REGIE	MATRICULE	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01	52545	TA	ZGHINI FATIHA	CONSULTATION	2140392	13 06 022 °

BENEFICIAIRE
PRESTATION

DESIGNATION DES ACTES	NBRE	ASSIETTE	PRESTATION C.M.S.S.	PRESTATION C.M.C.A.S.	PRECOMPTE	PRESTATION	
ANALYSES HONORAIRES		64,38 54,00	51,50 43,20	12,88 10,80	0,00 0,00	64,38 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
456,32	94,70	23,68	118,38	0,00	118,38	0,00	118,38	

SIGNATURE POUR ACQUIT



CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

CASABLANCA

0522 39 33 33 LG

Reçu de caisse

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
F-14-07-035-062	FATIHA TAZGHINI	13/06/2022
Mode paiement	Motif/Référence de paiement	Montant Dhs
Espèces	Contrôle	300.00

Reçu établi par HAJAR.S

Dr N. BOUIH
Radio - Oncologue
INP : 091035912
Centre Al Kindy - Casablanca

RADIOTHERAPIE PERSONNALISEE 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 للسكان - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

13/06/22

Mme/Mr. : Tazghini Fihle

☒ NFS + PLAQUETTES

☐ UREE + CREATINEMIE

☐ GLYCEMIE

☐ TRANSAMINASES (TGO + TGP)

☐ YGT + PHOSPHATASES ALCALINES

☐

☐

☐

☐

☐

☐

RDV, le :

AVEC LES RESULTATS DES ANALYSES

مختبر بنجلون للتحاليل الطبية

LABORATOIRE BENJELLOUN

109, Bd. Omar Al Mouyassam Beauséjour

Casablanca

Tel : 06000.603.40 - 0622.39.32.84/53

Fax : 0622.39.33.66

Dr N. BOUIH
Radio - Oncologue
INP : 091035972
Centre Al Kindy Casablanca

www.centreakindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centreakindy.ma

المقر الرئيسي 2 و 4، زنقة يوسف الكندي - شارع بن سينا - الدار البيضاء معاريف - المغرب 20370

Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370

Tél : +212 520 48 72 00 (L.G) - Fax : +212 522 39 37 34

LABORATOIRE BENJELLOUN D'ANALYSES MEDICALES

109, Boulevard Omar Al Khyam BEAUSEJOUR 20200 CASABLANCA
Tel: 05 22 39 32 84/53 – 06000 503 40 – Whatsapp Accueil 06 63 790 723
Fax: 05 22 39 33 65 www.labobenjelloun.ma

IF 51759668 – CNSS 6441662 – PATENTE 36004769 – INPE Labo 093001360 INP Dr 097159024 – ICE001686316000

FACTURE N° : 2206092051

ORGANISME: CMSS REGIES

Mme FATIHA TAZGHINI

Date: 09-06-2022



Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B
9005	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient	B13	B
PS	Prélèvement Sanguin	E25	E
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B

Total des B: 98

Montant total de la facture: 156.32 Dirhams.

Arrêtée la présente facture à la somme de **cent cinquante-six dirhams trente-deux centimes.**

LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Bd. Omar Al Khyam
Tél: 05 22 39 32 84 / 53
Fax: 05 22 39 33 65
www.labobenjelloun.ma

Cmss - Régies
3, rue FERRAD Bouchaib

Date : 16/06/2022

Reçu de dépôt de dossier

Type Dossier :CONSULTATION

Régie	Matricule	Nom du malade	Dossier N°	Montant	Date Dépot
01	52545	FATIHA	Z2140392	456.38	16/06/2022