

# 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 949 Société : 154178

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : NASR LAHCEN

Date de naissance : 11/7/50

Adresse : 10 rue oukhouane Hay Zaha

CP : 10000

Tél. : 0521467387 Total des frais engagés : .....Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*complément*

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : TAZGHNINI FATHIA Age : ...../.....

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 : Ceser Le : 21/3/2023

Signature de l'adhérent(e) : SAID



## V) Partie Réservée Aux Lunettes

### 1) Devis optique

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

الخاتم والتوكيل  
Cachet & Signature

### 2) Avis Contrôle Optique

Date :		رقم الكفالة :		رأى المكلف بالمراقبة
Verres :	تعويض التعاضدية Remb. C.M.S.S.	الباقي	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

Date :		فاتورة النظاراتى		الناظاراتى
Fournitures :	Verres	المواد	الزجاج	المواد
	Monture	الإطار		
TOTAL		المجموع :		

الخاتم والتوكيل  
Cachet & Signature

الصندوق التعاوني للضمان الاجتماعي للوكالات م.ت.

## CAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE

### DES REGIES AUTONOMES DE DISTRIBUTION

3، 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



الاسم الكامل : TA26AHIN1 Fratihug

الرقم والمصلحة : ١٥٤٥١٢٥٢٥

الوكالة أو المركز : ١٥٧٠٤٣

الاسم الكامل : TA26AHIN1 Fratihug

تاريخ الإزدياد : ٢٧/١٢/١٩٥٢

درجة القرابة : Moudimene

في حالة حادثة : En Cas d'accident

هل الحادثة تسبب فيها الغير : S'agit-il d'un accident occasionné par tiers :

أشهد بشرفني على صحة المعلومات المبينة بهذا المخطوب

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés

توقيع التعاضدي

Signature du Mutualiste

التاريخ : ١٣/٠٢/٢٠٢٣ Date : ١٣/٠٢/٢٠٢٣

النوع : Affection oculaire

Doctor Yasser BENSALAH  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
الخاتم و توقيع Dr. Yasser BENSALAH  
22-Bd. Yacoub El Mansour Casablanca  
Bureau N° 12 Casablanca et Signature  
Tél: 0522 23 42 92 GSM: 0625 25 11 25

النوع : ملاحظات

OBSERVATIONS

Ds. N°

الخاتم و توقيع التعاضدية  
Cachet & Signature CMSS

• BIEN REMPLIR CETTE PREMIERE PAGE POUR EVITER TOUT REJET DE VOTRE DOSSIER.

• EXTRAIT : STATUT ET REGLEMENT INTERIEUR VOIR PAGE 2

إطار خاص بعلاجات الأسنان وتركيب الأجهزة الاصطناعية

Partie Réservee Aux Soins et Prothèses Dentaires

تسوية الأسنان

الجهة العليا	H	2 5 5 3 3 4 1 2	2 1 4 3 3 5 5 2
الجهة D	D	0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0
الجهة G	G	0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0
الجهة B	B	3 5 5 3 3 4 1 1	1 1 4 3 3 5 5 3
المعامل			Coefficient masticatoire

العلاجات أو الأجهزة الاصطناعية المقترنة  
Soins et prothèses préconisés

Date : ..... التاريخ .....  
خاتم و توقيع القائم بالأعمال  
Cachet et Signature du Praticien

رأي المكلف بمراقبة الأسنان

رقم الكفالة : ..... P. en charge n° .....  
ال أعمال : .....  
المعامل : .....  
تعويض التعاضدية : .....  
الباقي على حساب المشارك : .....  
خاتم و توقيع التعاضدية  
Cachet et Signature CMSS

توقيع المشارك  
Signature du Mutualiste

فاتورة القائم بالأعمال

التاريخ : .....  
ال أعمال : .....  
المعامل : .....  
الثمن : .....  
Cotations .....  
Montant .....  
Reste à charge .....  
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

إطار خاص بالطبية

I) Partie Réservee Aux Actes Médicaux

تاريخ إجراء الأعمال الطبية	بيان وفق قائمة الأعمال الطبية	تسليم ورقة الكشف	فحوص و التحاليل	الموصوفة	مبلغ الأتعاب	الطبيب
Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomencl	Délivrance d'une ordonnance	Examens et analyses prescrits	Examens perçus	Honoraires perçus	Signature du Médecin et Chirurgien des Yeux Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux 22 Bd Yacoub El Mansour Casablanca Bureau 1004 Casablanca Tél: 0522 23 42 900 - 0622 55 11 11
15/02/23	CS					

II) Examens et Analyses Prescrits

تاريخ إجراء الأعمال الطبية	نوعية الفحص أو التحليل	الأعمال الطبية المعامل حسب القائمة	مبلغ الأتعاب	توقيع الطبيب و خاتم المؤسسة الصحية
Date des actes médicaux	Nature de l'examen ou de l'analyse	Coeficient suivant nomenclature	Honoraires perçus	Signature du médecin et cachet de l'établissement

III) Partie Réservee Aux Actes Courants

التاريخ Date	ال أعمال المزاولة actes pratiqués	العدد Nombre	الثمن Prix Unitaire	إجمالي الشمن Prix total	الدواء المستعمل Médicam 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.

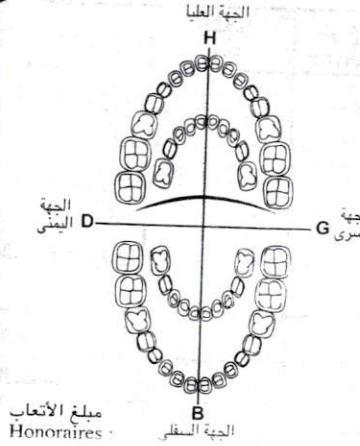
• Conformément à l'article 39 du statut, toute infraction (Fraude, Abus ou falsification etc...) au règlement intérieur de la caisse expose son auteur à des poursuites.

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.

Partie Réservee Aux Soins et Prothèses Dentaires

1) Devis Dentaire



مبلغ الأتعاب  
Honoriares

Date :

التاريخ

خاتم و توقيع القائم بالأعمال  
Cachet et Signature du Praticien

2) Avis Contrôle Dentaire

Date : ..... P. en charge n° ..... التarih .....  
ال أعمال : .....  
المعامل : .....  
تعويض التعاضدية : .....  
الباقي على حساب المشارك : .....  
خاتم و توقيع التعاضدية  
Cachet et Signature CMSS

توقيع المشارك  
Signature du Mutualiste

3) Facture du Praticien

التاريخ : .....  
ال أعمال : .....  
المعامل : .....  
الثمن : .....  
Actes .....  
Cotations .....  
Montant .....  
Reste à charge .....  
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

Ch. - Régies  
3, rue FERRAD Bouchaib

Date : 13/02/2023

Reçu de dépôt de dossier

Type Dossier :OPHTALMOLOGIE

Régie	Matricule	Nom du malade	Dossier N°	Montant	Date Dépot
01	52545	FATIHA	Z3150905	300.00	13/02/2023

REGIE	MATRICULE	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01	52545	TA ZGHINI FATIHA	CONSULT	ATION	310905	13 02 023 °

BENIFICIAIRE							
DESIGNATION DES ACTES	NBRE	ASSIETTE	PRESTATION C.M.S.S.	PRESTATION C.M.C.A.S.	PRECOMPTE	PRESTATION	PRESTATION
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 TOTAL A CMSS+CMCAS PRECOMPTER	TOTAL AGENT	A VERSER CONVENTION	SOLDE A VERSER AGENT PAIE	* GUICHET
300,00	43,20	10,80	54,00	0,00	54,00	0,00	54,00

SIGNATURE POUR ACQUIT

