

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0019457

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 949 Société : 154172
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MASA LAHCEN
Date de naissance : 1/7/50
Adresse : 40 rue OUKHOUNE HAY RASHA
Tél. : 062467387 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : TAZGHINI FATIHA 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 : 22 / 3 / 2023
Signature de l'adhérent(e) : Le : 22 / 3 / 2023

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

V) Partie Réservée Aux Lunettes

الجزء المحجوز للنظارات

1) Devis optique

تسعيرة النظارات

Date : التاريخ Docteur : الطبيب

Verres	الوصفة Prescription	رقم قائمة الأعمال N° Nomenclature	نوع الزجاج Nature verres	الثمن 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 : التاريخ P. en charge n° : رقم الكفالة :

Verres :	تعويض التعاضدية Remb. C.M.S.S.	الباقى 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 و التوقيع
Cachet & Signature

الصندوق التضامني للضمان الاجتماعي للوكالات م.ت.



C.M.S.S.
REGIES

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 FEUILLE DE SOINS

NOM ET PRENOM TA2GHINI Fatima الإسم الكامل

MATRICULE & SERVICE 152 545 الرقم والمصلحة

REGIE ou CENTRE 111/066 الوكالة أو المركز

NOM ET PRENOM TA2GHINI Fatima الإسم الكامل

DATE DE NAISSANCE 27/2/1952 تاريخ الازدياد

DEGRE DE PARENTE marimene درجة القرابة

En Cas d'accident في حالة حادثة توقيع التعاضدي

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

NATURE MALADIE التشخيص Date 13/02/2023 التاريخ

Affection oculaire الخاتم و
Docteur Yasser BENSALAH
Spécialiste des Maladies de Chirurgie des Yeux
22-Bd. Yacoub El Manssour 1 Etage
Bureau N°12 Casablanca
Tél: 0522 23 42 92 Gsm: 0625 25 11 25

ملاحظات OBSERVATIONS Ds. N/A

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

I) Partie Réservee Aux Actes Médicaux

تاريخ إجراء الأعمال الطبية	بيان وفق قائمة الأعمال الطبية	تسليم ورقة الكشف	فحوص و التحليلات الموصوفة	مبلغ الأتعاب	الطبيب
Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomencl	Delivrance d'une ordonnance	Examens et analyses prescrits	Honoraires perçus	Signature du médecin
13/02/23	CS			300	Dr. Yacoub Mansour, 72, Bd. Yacoub Mansour, Casablanca, Tél: 0522 23 42 90, Gsm: 0625 25 11 25

II) Examens et Analyses Prescrits

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

III) Partie Réservee Aux Actes Courants

التاريخ	الأعمال المزاولة	العدد	الثمن	إجمالي الثمن	الدواء المستعمل	خاتم وتوقيع القائم بالأعمال
Date	actes pratiqués	Nombre	Prix Unitaire	Prix total	Médicament utilisé	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.

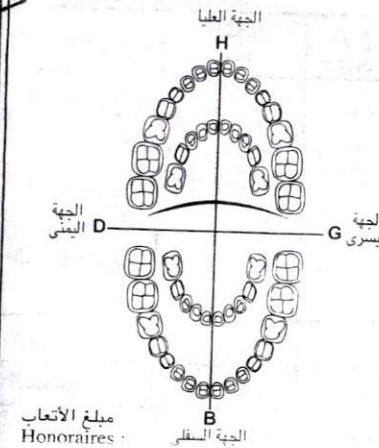
Pièces à joindre obligatoirement au présent bulletin :

- 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.

إطار خاص بالأعمال الطبية

Partie Réservee Aux Soins et Prothèses Dentaires

1) Devis Dentaire



الجهة العليا	الجهة السفلى
H	B
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 الإصطناعية 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

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

توقيع المشارك
Signature du Mutualiste

خاتم و توقيع التعاضدية
Cachet et Signature CMSS

3) Facture du Praticien

فاتورة القائم بالأعمال

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

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

CN - 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	CONSULTATION	310905	13 02 023 °

DESIGNATION DES ACTES	NBRE	ASSIETTE	PRESTATION C.M.S.S.	PRESTATION C.M.C.A.S.	PRECOMPTE	PRESTATION	BENEFICIAIRE 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 CMSS+CMCAS	TOTAL A 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

