

# 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0019458

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 949 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NASR LAHCEN  
 Date de naissance : 1/7/50  
 Adresse : 40 rue oukhroune 117 RABA  
 Tél. : 0662 467387 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : TAGHINI FATIHA Age:  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : 19 JUN 2023 Chronologie  
 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 : Le : 16/6/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



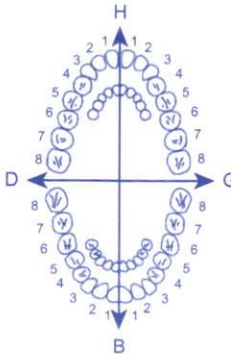
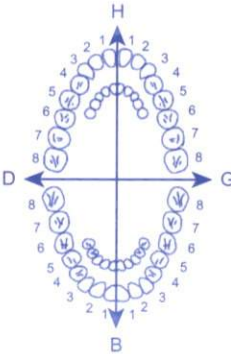
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## 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 canalaires, 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					
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412                      00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">                     21433552                      00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">                     00000000                      35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">                     00000000                      11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
					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



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

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 :

Fouritures :	Verres	الزجاج	المواد
	Monture	الإطار	
TOTAL			المجموع

الخاتم والتوقيع  
Cachet & Signature

ص.ت.ض.إ.  
للكالات



C.M.S.S.  
REGIES

الصندوق التعاضدي للضمان الاجتماعي للوكالات م.ت.

CAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE

DES REGIES AUTONOMES DE DISTRIBUTION

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

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

ورقة العلاجات FEUILLE DE SOINS

NOM ET PRENOM TAGHINI FATIHA الإسم الكامل

MATRICULE & SERVICE 1525HIS الرقم والمصلحة

REGIE ou CENTRE الوكالة أو المركز

NOM ET PRENOM TAGHINI FATIHA الإسم الكامل

DATE DE NAISSANCE 27/12/52 تاريخ الازدياد

DEGRE DE PARENTE درجة القرابة

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

توقيع التعاضدي  
Signature du Mutualiste

NATURE MALADIE التشخيص Date 12-4-2022 التاريخ

الخاتم والتوقيع  
Cachet & Signature

ملاحظات  
OBSERVATIONS

Ds. N° :

التعاضدية  
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



### I) Partie Réservee Aux Actes Médicaux

### إطار خاص بالخدمات الطبية

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	بيان وفق قائمة الأعمال الطبية Désignation des actes suivant nomenclature	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
12/04/23			US	3000	Radhi M. BOUZE Radiologue N° 0910223/2 Centre de Kindy - Cerebral

### 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 وخاتم المؤسسة الصحية Signature du médecin et cachet de l'établissement

### III) Partie Réservee Aux Actes Courants

### إطار خاص بالأعمال الطبية العادية

التاريخ Date	الأعمال المزاولة actes pratiqués	العدد Nombre	الثلث 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 :

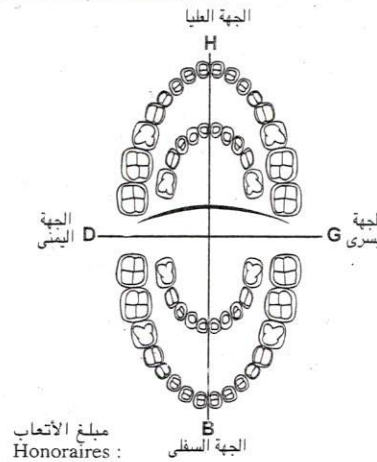
- Cas d'hospitalisation :
  - La facture détaillée et acquittée
  - La note confidentielle du Médecin traitant
  - L'ordonnance des analyses et radios.
- Cas de consultation :
  - Ordonnance médicale achetée par la pharmacie et accompagnée des prospectus et vignettes.
- La prise en charge est obligatoire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

#### تسجيرة الأسنان



الجهة العليا H	الجهة اليسرى D	الجهة اليمنى G	الجهة السفلى B
2 5 5 3 3 4 1 2	0 0 0 0 0 0 0 0	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	0 0 0 0 0 0 0 0
3 5 5 3 3 4 1 1	0 0 0 0 0 0 0 0	1 1 4 3 3 5 5 3	0 0 0 0 0 0 0 0

المعامل  
Coefficient masticatoire

العلاجات أو الأجهزة الاصطناعية المقترحة  
Soins et prothèses préconisés

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

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

C.M.S.S-REGIES

ETAT DE LIQUIDATION

LE 14/06/2023

REGIE	MATRIC	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01 52545	TA	ZGHINI	CONSULT	ATION	12 04	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 CMCAS+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



Cmss - Régies  
3, rue FERRAD Bouchaib

Date : 13/04/2023

Reçu de dépôt de dossier

Type Dossier :CONSULTATION

Régie	Matricule	Nom du malade	Dossier N°	Montant	Date Dépot
01	52545	FATIHA	Z3153743	300.00	13/04/2023