

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 949 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : NASR LAHCEN A6534

Date de naissance : 11.7.150

Adresse : 60 rue el khoune bty RATHA

CASA

Tél. : 0662 467387 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : TAZGHINI FAITHA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : CANCER

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : cas

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 : cas Le : 16.6.2023

Signature de l'adhérent(e) : nasr

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature 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 - RADIGRAPHIES

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	

### RELEVE 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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

V) Partie Réservée Aux Lunettes

إطار خاص بالنظارات

1) Devis optique

Date : ..... التاريخ : Docteur :

Verres	الوصفة Prescription	رقم قاعدة الاعمال N° Nomenclature	نوع الزجاج Nature verres	الثمن Prix	الزجاج
V. Loin: O.D.					بعد ع يم
O.G.					ع يس
V. Près : O.D.					قرب ع يم
O.G.					ع يس
D.F. O.D.					مزدوج ع يم
O.G.					ع يس
Monture					الإطار :
TOTAL					المجموع :

الخاتم والتواقيع  
Cachet & Signature

2) Avis Contrôle Optique

رأي المكلف بالمراقبة

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

Verres :	تعويض التعاضدية Remb. C.M.S.S.	الباقي Reste à charge	الزجاج
V. Loin			بعد
V. Près			قرب
D.F.			مزدوج
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 والتواقيع  
Cachet & Signature

ص.ت.ض.ا.  
للوكلالات



C.M.S.S.  
REGIES

الصيندوقي التعاوني للضمان الاجتماعي للوكلالات 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  
زنقة بوشعيب فراد - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.30.41.17 - ص.ب. 88 - الدار البيضاء

ورقة العلاجات

الاسم الكامل ..... NOM ET PRENOM ..... FAZALI NI FATHA

الرقم والمصلحة ..... MATRICULE & SERVICE ..... 152545

الوكالة أو المركز ..... REGIE ou CENTRE .....

الاسم الكامل ..... NOM ET PRENOM ..... FAZALI NI FATHA

تاريخ الازدياد ..... DATE DE NAISSANCE ..... 27/12/52

درجة القرابة ..... DEGRE DE PARENTE .....

En Cas d'accident

في حالة حادثة

توقيع التعاوني  
Signature du Mutualiste

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

أشهد بشرف على صحة المعلومات المبينة بهذا المطبوع

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

التاريخ ..... Date ..... 12-4-2022 التسخين

الخاتم والتواقيع  
Cachet & Signature

ملحوظات  
OBSERVATIONS

Ds. N° :

خاتم و توقيع التعاوني  
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 Réervée Aux Actes Médicaux

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	بيان وفق قائمة الأعمال الطبية Désignation des actes suivant nomencl	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوص و التحاليل الرسمية Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع و خاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
12/14/23		US	300		Radi... BOUH Cent... Radiologique Kindy... Consultance

### II) Examens et Analyses Prescrits

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

### III) Partie Réervée Aux Actes Courants

التاريخ Date	الأعمال المزاولة actes pratiqués	العدد Nombre	الثمن Prix Unitaire	إجمالي الثمن 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.

### إطار خاص بالخدمات الطبية

### إطار خاص بعلاجات الأسنان وتركيب الأجهزة الاصطناعية

### Partie Réervée Aux Soins et Prothèses Dentaires

#### تسعيرة الأسنان

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

المعامل Coefficient masticatoire

العلاجات أو الأجهزة الاصطناعية المقترنة  
Soins et prothèses préconisés

Date : ..... التاريخ :

خاتم و توقيع القائم بالأعمال  
Cachet et Signature du Praticien

مبلغ الأتعاب  
Honoraires :

الجهة السفلية

الجهة اليمنى

الجهة اليسرى

### 2) Avis Contrôle Dentaire

رقم الكفالة : ..... P. en charge n° .....  
الأنعام : .....  
المعامل : .....  
تعويض التعاضدية : .....  
باقي على حساب المشارك : .....

توقيع المشارك  
Signature du Mutualiste

خاتم و توقيع التعاضدية  
Cachet et Signature CMSS

### 3) Facture du Praticien

التاريخ : .....  
الأعمال : .....  
المعامل : .....  
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

C.M.S.S-REGIES

ETAT DE LIQUIDATION

LE 14/06/2023

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

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