

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

M22- 0029025

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 949 Société : 173155

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NASR LIAHCEEN

Date de naissance :

11/7/50

Adresse :

40 me ou K Houadra

Tél. : 0662 467 327

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Neup leen*

Date de consultation :

19/08/2023

Nom et prénom du malade :

TAZEGHINI FATHIA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*ARTHROSCOPIE*

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 : *verso* Le : 28/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

*zayt*

## RELEVE 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

## 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'ODP.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 12 numbered teeth (1 through 12) arranged in a curve. The teeth are represented by circles with numbers inside. The arch is labeled with 'H' at the top, 'D' on the left, and 'C' on the right. The teeth are arranged in three rows: a top row of four teeth, a middle row of five teeth, and a bottom row of three teeth. The numbers 1 through 12 are placed around the arch to indicate the position of each tooth.

### **[Création, remont, adjonction]**

7 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

C.M.S.S-REGIES

## ETAT DE LIQUIDATION

LE 29/08/2023

REGIE	MATRIC	NOM ADHERENT	PRENOM	MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01	52545	TA	ZGHINI	CONSULT	ATION	26 06	023 0

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		

## SIGNATURE POUR ACQUIT



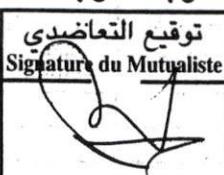
Cnss - Régies  
3, rue FERRAD Bouchaib

Date : 26/06/2023

Reçu de dépôt de dossier

Type Dossier :CONSULTATION

Régie	Matricule	Nom du malade	Dossier N°	Montant	Date Dépot
01	52545	FATIHA	Z3156988	300,00	26/06/2023

 <b>C.M.S.S. REGIES</b>	<b>الصندوق التعاوني للضمان الاجتماعي للوكالات م.ت.</b> <b>CAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE</b> <b>DES REGIES AUTONOMES DE DISTRIBUTION</b> 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	
	<b>ورقة العلاجات</b> <b>FEUILLE DE SOINS</b>	
<b>التعاضدي والمستفيد</b> <b>MUTUALISTE &amp; BENEFICIAIRE</b>	<b>NOM ET PRENOM</b> <i>TAZGHNINI FAZIA</i> <b>الإسم الكامل</b>	<b>MATRICULE &amp; SERVICE</b> <i>52545</i> <b>الرقم والمصلحة</b>
	<b>REGIE ou CENTRE</b> <i>—</i> <b>الوكالة أو المركز</b>	
<b>الطبيب المعالج</b> <b>PRATICIEN</b>	<b>NOM ET PRENOM</b> <i>TAZGHNINI FAZIA</i> <b>الإسم الكامل</b>	<b>DATE DE NAISSANCE</b> <i>27/2/1982</i> <b>تاريخ الازدياد</b>
	<b>DEGRE DE PARENTE</b> <i>—</i> <b>درجة القرابة</b>	
<b>En Cas d'accident</b> <i>في حالة حادثة</i> 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		<b>توقيع التعاوني</b> <b>Signature du Mutualiste</b> 
<b>التعاضدية</b> <b>C.M.S.S.</b>	<b>NATURE MALADIE</b> <i>ADN Mammaine</i> <b>التاريخ</b> <i>22.6.2023</i> <i>Dr. BOUH</i> <i>radiologue</i> <i>examen de la poitrine</i> <i>le 22.6.2023</i> <i>Signature</i> <i>Cache et Signature</i>	
	<b>ملاحظات</b> <b>OBSERVATIONS</b> <hr/> <hr/>	<b>Ds. N° :</b> <hr/> <hr/>
<b>خاتم و توقيع التعاضدية</b> <b>Cachet &amp; Signature CMSS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>BIEN REMPLIR CETTE PREMIERE PAGE POUR EVITER TOUT REJET DE VOTRE DOSSIER.</li> <li>EXTRAIT : STATUT ET REGLEMENT INTERIEUR VOIR PAGE 2</li> </ul>		

## إطار خاص بالخدمات الطبية

### I) Partie Réservée Aux Actes Médicaux

تاریخ اجراء الاعمال الطبية des actes médicaux	بيان وفق قائمة الاعمال الطبية Désignation des actes suivant nomencl	تسليم برقية الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوص و التحاليل الموصورة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع و خاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
٤٦/٩٣	CS	-	-	3000	DR. M. BOU Radio - Optique INP - 09/09/22 Central Kidney Casablanca

### II) Examens et Analyses Prescrits

تاریخ اجراء الاعمال الطبية des actes médicaux	نوعية الفحص أو التحليل Nature de l'examen ou de l'analyse	الاعمال 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 Réservée Aux Actes Courants

## إطار خاص بالأعمال الطبية العادية

التاريخ Date	الاعمال 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 interieur 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.

**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	22/06/2023
Mode paiement	Motif/Référence de paiement	Montant Dhs
Carte Bancaire(T.P.E)	Contrôle	300.00

Reçu établi par hajar.s

à des poursuites.