

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



Déclaration de Maladie : N° P19-0000520

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 949 Société : 120692
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MARR LANCEN Date de naissance : 11/11/50
Adresse : Avenue du KHO KANE 109 RAHA CASAB
Tél. : 0662467387 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : TAZGHANI FATIMA Age: 70
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 26/6/2022

Signature de l'adhérent(e) :



V) **Partie Réservee Aux Lunettes** إطار خاص بالنظارات

1) Devis optique

Date : Docteur :
التاريخ : 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 :

Fournitures :	Verres	الزجاج	المواد
	Monture	الإطار	
TOTAL			المجموع

الخاتم و التوقيع
Cachet & Signature

ص.ت.خ.ل.
للكالات



C.M.S.S.
REGIES

الصندوق التعاضدي للضمان الاجتماعي للوكالات م.ت.

CAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE

DES REGIES AUTONOMES DE DISTRIBUTION

زينة بوشعيب فراد - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.30.41.17 - ص.ب. 88 - الدار البيضاء

3, Rue Boucharb Ferrad - CASABLANCA - B.P.88 - Téléphone : 05.22.30.41.1

ورقة العلاجات FEUILLE DE SOINS

NOM ET PRENOM TAZGHINI FATIMA لإسم الكامل

MATRICULE & SERVICE 152545 لرقم والمصلحة

REGIE ou CENTRE لوكالة أو المركز

NOM ET PRENOM TAZGHINI FATIMA لإسم الكامل

DATE DE NAISSANCE 2/2/50 تاريخ الازدياد

DEGRE DE PARENTE رجة 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 Mutualis

NATURE MALADIE التشخيص Date 28/03/2022 التاريخ

Glaucome chronique

الخاتم والتوقيع

22, Bd Yacoub El Mansour 1er Etage

Bureau N° 11 - Casablanca

Tél: 0522 23 42 92 - 0522 35 11 25

ملاحظات
OBSERVATIONS

Ds. N° :

التعاضدية
C.M.S.S.

خاتم و توقيع التعاضدية
Cachet & Signature CMS

• BIEN REMPLIR CETTE PREMIERE PAGE POUR EVITER TOUT REJET DE VOTRE DOSSIER.
• EXTRAIT : STATUT ET REGLEMENT INTERIEUR VOIR PAGE 2

D) Partie Réservee Aux Actes Médicaux

إطار خاص بالخدمات الطبية

تاريخ إجراء الأعمال الطبية	بيان وفق قائمة الأعمال الطبية	تسليم ورقة الكشف	فحوص و التحليلات الموصوفة	مبلغ الأتعاب
ate des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomencl	Délivrance d'une ordonnance	Examens et analyses prescrits	Honoraires perçus
8/03/22	CS			30000

II) Examens et Analyses Prescrits

الفحوص و التحليلات الموصوفة

تاريخ إجراء الأعمال الطبية	نوعية الفحص أو التحليل	الأعمال الطبية المعامل حسب القائمة	مبلغ الأتعاب	توقيع الطبيب و خاتم المؤسسة الصحية
ate 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

إطار خاص بالأعمال الطبية العادية

التاريخ	الأعمال المزاولة	العدد	التمن	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 des poursuites.

Pièces à joindre obligatoirement au présent bulletin :

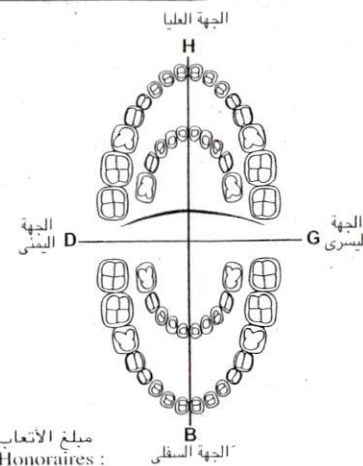
- Cas d'hospitalisation :
 - La facture détaillée et acquittée
 - La note confidentielle du Médecin traitant
 - L'ordonnance des analyses et radios.
- Cas de consultation :
 - Ordonnance médicale achetée par la pharmacie et accompagnée des prospectus et vignettes.
- La prise en charge est obligatoire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



																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													</
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

المعامل
Coefficient masticatoire

العلاجات أو الأجهزة الاصطناعية المقترحة
Soins et prothèses préconisés

التاريخ : Date :

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 : Date :
الأعمال : Actes (PEC) :
المعامل : Cotations :
تعويض التعاضدية : Remboursement CMSS :
الباقى على حساب المشارك : Reste à charge :

توقيع المشارك
Signature du Mutualiste

خاتم و توقيع التعاضدية
Cachet et Signature CMSS

3) Facture du Praticien

فاتورة القائم بالأعمال

التاريخ : Date :
الأعمال : Actes :
المعامل : Cotations :
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 أجرى يجب الإشارة إليه في الرسم أعلاه

Cmss - Régies
3, rue FERRAD Bouchaib

Date : 29/03/2022

Reçu de dépôt de dossier

Type Dossier :CONSULTATION

Régie	Matricule	Nom du malade	Dossier N°	Montant	Date Dépot
01	52545	FATIHA	Z2136794	300.00	29/03/2022

REGIE	MATRICULE	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01	52545	TA	ZGHINI FATIHA	CONSULTATION	2136794	28 03 022 °

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

