

# 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

- 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.

**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 : Wame ou KHO Wame Hwy 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

تسعيرة النظارات  
الطبيب

Date : ..... Docteur : ..... التاريخ :

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.	الباقي 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 و التوقيع  
Cachet & Signature

ص.ت.خ.ب.ل.  
للكالات



C.M.S.S.  
REGIES

الصندوق التعاضدي للضمان الاجتماعي للوكالات م.ت.

CAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE

DES REGIES AUTONOMES DE DISTRIBUTION

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

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

ورقة العلاجات FEUILLE DE SOINS

التعاضدي والمستفيد  
MUTUALISTE & BENEFICIAIRE

NOM ET PRENOM ..... TAZGHINI FATIMA لإسم الكامل

MATRICULE & SERVICE ..... 152545 لرقم والمصلحة

REGIE ou CENTRE ..... لوکالة أو المركز

NOM ET PRENOM ..... TAZGHINI FATIMA لإسم الكامل

DATE DE NAISSANCE ..... 2/2/50 تاريخ الازدياد

DEGRE DE PARENTE ..... رجة القرابة

توقيع التعاضدي  
Signature du Mutualiste

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

الطبيب المعالج  
PRATICIEN

NATURE MALADIE التشخيص Date 28/03/2022 التاريخ

Glaucome chronique RENSEIGNEMENT

الخاتم و التوقيع  
22, Bd Yacoub El Mansour Fer El  
Bureau N° 11 - Casablanca Cachet & Signatur  
Tél: 0522 23 42 92 - 0522 25 11 25

التعاضدية  
C.M.S.S.

ملاحظات  
OBSERVATIONS

Ds. N° :

خاتم و توقيع التعاضدية  
Cachet & Signature CMS

RMQS.

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

**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 و خاتم 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	الثمن Prix Unitaire	إجمالي الثمن Prix total	الدواء المستعمل Médicam utilisé	خاتم و توقيع 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 des poursuites.

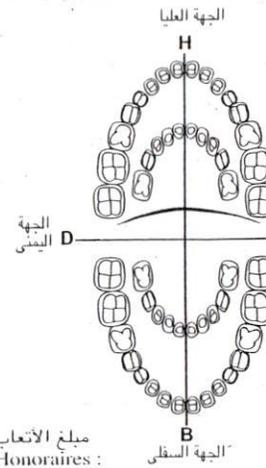
Pièces à joindre obligatoirement au présent bulletin :

- 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**

**تسعيرة الأسنان**



الجهة العليا H	الجهة السفلى 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 الاصطناعية المقترحة  
Soins et prothèses préconisés

التاريخ : Date :

خاتم و توقيع القائم بالأعمال  
Cachet et Signature du Praticien

**2) Avis Contrôle Dentaire**

**رأى المكلف بمراقبة الأسنان**

رقم الكفالة : P. en charge n° : التاريخ : Date :  
الأعمال : Actes (PEC) :  
المعامل : Cotations :  
تعويض التعاضدية : Remboursement CMSS :  
الباقي 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	CONSULT ATION	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

