

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° P19-0000521

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 943 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MARI LAMCEN Date de naissance : 11/7/50
Adresse : 40 rue oul Houche 14710 HASA
Tél. : 0662467387 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : TAZGHINI FATIHA 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) :



REGIE	MATRICULE	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01	52545	TA	ZGHINI FATIHA	CONSULTATION	2136793	24 03 022 °

DESIGNATION DES ACTES	NBRE	ASSIETTE	PRESTATION C.M.S.S.	PRESTATION C.M.C.A.S.	PRECOMPTE	PRESTATION	BENEFICIAIRE PRESTATION
PIQURE-PANSEMENTS		500,00	400,00	100,00	0,00	500,00	

TOTAL DOSSIER	REMBOURSE C.M.S.S.	REMBOURSE C.M.C.A.S.	ENGAGEMENT TOTAL A CMSS+CMCAS PRECOMPTER	TOTAL AGENT	A VERSER CONVENTION	SOLDE A VERSER AGENT PAIE	* GUICHET
1300,00	400,00	100,00	500,00	0,00	500,00	0,00	500,00

SIGNATURE POUR ACQUIT



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

1) **Devis optique** تسعيرة النظارات
Date : الطبيب : Docteur : التاريخ :

Verres	الوصفة Prescription	رقم قائمة الأعمال N° Nomenclature	نوع الزجاج Nature verres	الثلث 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 : رقم الكفالة : P. en charge n° : 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 والتوقيع
Cachet & Signature

الصندوق التعاضدي للضمان الاجتماعي للوكالات م.ت. ص.ت.ض.إ. للوكالات



CAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE
DES REGIES AUTONOMES DE DISTRIBUTION

3, زقة 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

C.M.S.S. REGIES

ورقة العلاجات FEUILLE DE SOINS

NOM ET PRENOM **TAZGHINE Fatima** الإسم الكامل

MATRICULE & SERVICE **151515** الرقم والمصلحة

REGIE ou CENTRE **151515** الوكالة أو المركز

NOM ET PRENOM **TAZGHINE Fatima** الإسم الكامل

DATE DE NAISSANCE **6 27 2/1962** تاريخ الازدياد

DEGRE DE PARENTE **me** درجة القرابة

توقيع التعاضدي
Signature du Mutualiste

En Cas d'accident في حالة حادثة
هل الحادثة تسبب فيها الغير :
أشهد بشرفي على صحة المعلومات المبينة بهذا المطبوع
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés

NATURE MALADIE **التشخيص** Date التاريخ

الخاتم والتوقيع
Cachet & Signature

ملاحظات
OBSERVATIONS Ds. N° :

خاتم وتوقيع التعاضدية
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 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	فحوصات التحليلات Examen et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع وخاتم الطبيب Signature et cachet du médecin

II) Examens et Analyses Prescrits

الفحوصات والتحليلات 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	القيمة Prix Unitaire	إجمالي الثمن Prix total	الدواء المستعمل Médicament utilisé	خاتم وتوقيع القائم بالأعمال Cachet et Signature du praticien
24/03/22	AMK	10	139	1390	Boon	Mme Fatima SAOUD KINESTHERAPEUTE Rue Mohamed Amin A, RD N°1, Rue Cadi Babou - Médit - Casablanca

- 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 :

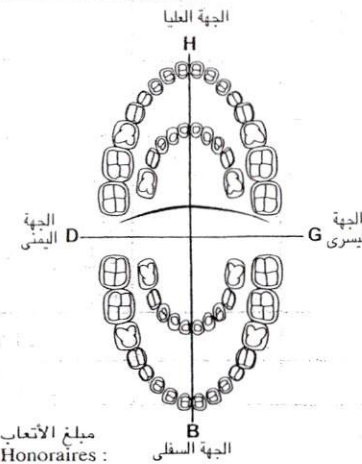
- Cas d'hospitalisation :
 - La facture détaillée et acquittée
 - La note confidentielle du Médecin traitant
 - L'ordonnance des analyses et radios.
- Cas de consultation :
 - Ordonnance médicale achetée par la pharmacie et accompagnée des prospectus et vignettes.
- La prise en charge est obligatoire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

تسجير 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 وتوقيع 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 المشترك : Reste à charge

توقيع المشترك
Signature du Mutualiste

خاتم وتوقيع التعاضدية
Cachet et Signature CMSS

3) Facture du Praticien

فاتورة القائم بالأعمال

التاريخ : Date :
الأعمال : Actes :
المعامل : Cotations :
القيمة : Montant :

خاتم وتوقيع القائم بالأعمال الذي يشهد على صحة تاريخ إجراء العلاجات
Cachet et Signature du Praticien attestant la date de l'exécution des soins

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

Dr. Chahidi Naima



RHUMATOLOGUE
Spécialiste des maladies des os, articulation
et colonne vertébrale
Ancienne interne des Hopitaux de Paris
Pathologies rachidiennes (Paris)
Maladies rhumatismales (Lille)
Biothérapie
Ostéoporose

الدكتورة نعيمة شهيدى

أخصائية في أمراض العظام
و المفاصل و الروماتيزم
طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس
أمراض العمود الفقري (باريس)
أمراض الروماتيزم (ليل-فرنسا)
العلاج بالأدوية البيولوجية
هشاشة العظام

le 10/08/2022

Mme TAZGHINE Fshila

Traite mme pour Név du sein

avec métastases au niveau du sein

- Contactée Service Drogue

=> physiothérapie antalgique

et Massage décontractante

Mme Fatima SAOUD
KINESITHEPEUTE
173, Bd Yacoub EL Mansour, 1er étage, N°6 Maarif, Casablanca
Boulvard - Maarif - Casablanca

le 10/08/2022

Dr. CHAHIDI NAIMA
173, Bd Yacoub EL Mansour, 1er étage, N°6 Maarif, Casablanca
Tél : 05 22 95 14 38 / 06 66 71 75 15
E-mail : chahidirhumatologie@gmail.com

173 شارع يعقوب المنصور، فضاء الأندلس، الطابق الأول، رقم 6، المعاريف، الدار البيضاء
173 Boulevard Yacoub EL Mansour Espace Andalouse, 1^{er} étage, N°6 Maarif, Casablanca

Tél. : 05 22 95 14 38 / 06 66 71 75 15
E-mail : chahidirhumatologie@gmail.com

NOM : TAZCHINT Fatime

MEDECIN : Echidi Naurio

SEANCES : 10 / AMK

Mme Fatima SAOUD
KINESITHERAPEUTE
Rue Mansour, 100, 1050, Rixensart, Rue Cadi
Kinésithérapeute - Physiothérapeute

سعود فاطمة

SAOUD FATIMA

اختصاصية في الترويض الطبي

والعلاج بالكهرباء

Kinésithérapeute Physiothérapeute

Diplômée de l'Isek Bruxelles

sur Rendez - vous

رنقة القاضي بكار، إقامة المنصور، عمارة A شقة 1 (في الأسفل) - الهاتف : 022.99.47.92 - الممثل : 064.55.02.71
Rue Al Kadi Bakkar, Résidence Al Mansour, Immeuble A Appt. 1RDC - Tél. : 022.99.47.92 - GSM : 064.55.02.71

	Jours	Dates	Heures
1 ^{er}	Vendr.	11/03/22	10h
2 ^e	Lundi	14	11
3 ^e	Mer.	15	11
4 ^e	Mer.	16	11
5 ^e	Jeu.	17	11
6 ^e	Vend.	18	11

Mme Fatima SAOUD
KINESITHERAPEUTE
Rue Mansour, 100, 1050, Rixensart, Rue Cadi
Kinésithérapeute - Physiothérapeute

	Jours	Dates	Heures
7 ^{er}	Lundi	21/03/	11
8 ^e	Mardi	22/03	11
9 ^e	Mer.	23/03	11
10 ^e	Jeu.	24/03	11

Prière de Décommander
Vos Rendez-vous à l'Avance

SAOUD Fatima
Kinésithérapeute Diplômée
de l'ISEK - Bruxelles
AUTORISATION N° 1036

~~Mme Fatima SAOUD~~ 24/03/22
~~KINÉSITHÉRAPEUTE~~
~~Rue Mansour, 104, A - 1050, Rue Kadi~~

Facture N° 005

La Somme de mille trois cent dix-huit

Pour une série de 10 ANK Séances de

massages pour contracture
fessière droite

Du : 11/03/22 Au : 24/03/22

Adressée à Mme Tazghini Fatima

Sur Ordonnance du Docteur : Chehidi Naima

Par espèces : ✓

Par Chèque : ~~Mme Fatima SAOUD~~
~~KINÉSITHÉRAPEUTE~~
~~Rue Mansour, 104, A - 1050, Rue Kadi~~
~~Beltrac - Beltrac - Casablanca~~

Avec mes Remerciements

Rue Kadi El Bekkar Résidence Al Mansour - Immeuble (A) RDC N° 1 (Maârif Extension)

Tél : 05 22 99 47 92 - N° Patente : 35806024 - I.F : 40804010

00044540000005

Cmss - Régies

Date : 29/03/2022

3, rue FERRAD

Reçu de dépôt de dossier

Type Dossier :KINEE-REEDUCATIO

Régie	Matricule	Nom du malade	Dossier N°	Montant	Date Dépot
01	52545	FATIHA	Z2136793	1300.00	<u>29/03/2022</u>