

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 canaux, 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 canaux.

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0019446

☒ Maladie

☐ Dentaire


☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 949 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NASR LAHSEN
 Date de naissance : 11/7/50
 Adresse : 40 me oukhroua MAY RANA CASA
 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 : CANCEROLOGIE
 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 : Signature de l'adhérent(e) :
 Le : 7 / 8 / 2022

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

Devis optique تسعيرة النظارات

Date : Docteur : الطبيب

Verres	الوصفة	رقم قائمة الأعمال	نوع الزجاج	الثلث	الزجاج
	Prescription	N° Nomenclature	Nature verres	Prix	
Loin: O.D.					البعد : ع يم
O.G.					ع يس
Près : O.D.					القرب : ع يم
O.G.					ع يس
F. O.D.					المزدوج : ع يم
O.G.					ع يس
Monture					الإطار :
TOTAL					المجموع :

الخاتم والتوقيع
Cachet & Signature

Avis Contrôle Optique رأى المكلف بالمراقبة

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

Verres :	تعويض التعاضدية	الباقى	الزجاج
	Remb. C.M.S.S.	Reste à charge	
Loin			البعد
Près			القرب
F.			المزدوج
Monture			الإطار :
TOTAL			المجموع

موافقة التعاضدية
Accord C.M.S.S.

توقيع المشترك
Signature du Mutualiste

Facture de l'Opticien فاتورة النظارات

Date : التاريخ :

Matériaux :	Verres	الزجاج	المواد
	Monture	الإطار	
TOTAL			المجموع

الخاتم والتوقيع
Cachet & Signature

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

CAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE

DES REGIES AUTONOMES DE DISTRIBUTION

3, Rue Bouchaïb Ferrad - CASABLANCA - B.P.88 - Téléphone : 05.22.30.41.17

FEUILLE DE SOINS ورقة العلاجات

NOM ET PRENOM TAZGHIM, FATIMA الإسم الكامل

MATRICULE & SERVICE 525415 الرقم والمصلحة

REGIE ou CENTRE الوكالة أو المركز

NOM ET PRENOM Mme TAZGHIM, FATIMA الإسم الكامل

DATE DE NAISSANCE 27/2/52 تاريخ الازدياد

DEGRE DE PARENTE درجة 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

NATURE MALADIE Neoplasique التشخيص Date التاريخ

الخاتم والتوقيع
Cachet & Signature

ملاحظات
OBSERVATIONS

Ds. N° :

خاتم وتوقيع التعاضدية
Cachet & Signature CMSS

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 nomenclature	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوص و التحليلات الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع وخاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
08/04/22				400 DH	

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 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 المزولة actes pratiqués	العدد Nombre	القيمة Prix Unitaire	إجمالي الثمن Prix total	الدواء المستعمل Médicament 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.

Hôpital Privé Casablanca
Ain Sebaâ



سفي الخاص الدار البيضاء
عين السبع

Unité d'Oncologie - Radiothérapie

Dr Hicham HASNAOUI-AMRI

Oncologue - Radiothérapeute

Casablanca, le

02/04/2022

Facture N°: FC2007000001

Mme TAZGHINI Fatiha

Acte : consultation

Prix : 400Dhs

Signature

Dr HASNAOUI AMRI Hicham
Oncologie - Radiothérapie
INPE : 91176798
HOPITAL PRIVÉ CASA AIN SEBAÂ

279, BD Chefchaouni Ain Sebaa - Casablanca
Direct : 05 22 68 00 11 - Tél. : 05 22 68 00 00
Fax : 05 22 66 64 81 - E-mail : dr.hasnaoui@hpc.ma
Site web : www.hpc.ma

AKDIT
Acteur de !

Cmss - Régies
3, rue FERRAD Bouchaib

Date : 04/05/2022

Reçu de dépôt de dossier

Type Dossier :CONSULTATION

Régie	Matricule	Nom du malade	Dossier N°	Montant	Date Dépot
01	52545	FATIHA	Z2138252	400.00	04/05/2022

REGIE	MATRICULE	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01	52545	TA	ZGHINI FATIHA	CONSULTATION	2138252	02 04 022 °

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
400,00	43,20	10,80	54,00	0,00	54,00	0,00	54,00	

SIGNATURE POUR ACQUIT

