

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9119 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MASPR LATHEEN

Date de naissance : 11/7/50

Adresse : 60 me ou Khouane 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 : TAZGHINI 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 :

Le : 18/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :



CAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE

DES REGIES AUTONOMES DE DISTRIBUTION

3 زنقة بوعشيب 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

ورقة العلاجات FEUILLE DE SOINS

C.M.S.S.
REGIES

الاسم الكامل

TAZGHI M. FATHI H.

الرقم والمصلحة

521545

الوكالة أو المركز

L.I.T.L

درجة القرابة

الاسم الكامل

TAZGHI M. FATHI H.

تاريخ الازدياد

DATE DE NAISSANCE

DEGRE DE PARENTE

توقيع التعاضدي

Signature du Mutualiste

En Cas d'accident في حالة حادثة

هل الحادثة تسبب فيها الغير

أشهد بشرف على صحة المعلومات المبينة بهذا المطبوع

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés

التاريخ

NATURE MALADIE التسخيص Date

MALADIE Neoplasique

الخاتم والتوفيق

Cachet & Signature

ملحوظات
OBSERVATIONS

Ds. N° :

خاتم و توقيع التعاضدية

Cachet & Signature CMSS

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

V) Partie Réservée Aux Lunettes إطار خاص بالنظارات

Devis optique

Date :

التاريخ : Docteur الطبيب

Verres	الوصفة Prescription	رقم قائمة الأعمال N° Nomenclature	نوع الزجاج Nature verres	الثمن Prix	الزجاج
Loin: O.D.					بعد ع يم
O.G.					ع يس
Près : O.D.					قرب ع يم
O.G.					ع يس
F. O.D.					المزدوج ع يم
O.G.					ع يس
onture					الإطار :
TOTAL					المجموع :

الخاتم والتوفيق
Cachet & Signature

Avis Contrôle Optique

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

Verres :	تعويض التعاضدية Remb. C.M.S.S.	الباقي Reste à charge	الزجاج
Loin			بعد
Près			قرب
F.			المزدوج
onture			الإطار :
TOTAL			المجموع

موافقة التعاضدية

Accord C.M.S.S

توقيع المشترك
Signature du Mutualiste

Facture de l'Opticien

Date : فاتورة النظارات التarih :

urnitures :	Verres	الزجاج	المواد
	Monture	الإطار	
TOTAL			المجموع

الخاتم والتوفيق
Cachet & Signature

I) Partie Réservée Aux Actes Médicaux •

إطار خاص بالخدمات الطبية

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	بيان ورق الأعمال الطبية Désignation des actes suivant nomenc	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوص و التحاليل الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع و خاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
٢٢/٠٤/٢٢	C	C	٤	٤٠٠.٥٣	DH

II) Examens et Analyses Prescrits

الفحوص و التحاليل 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 Réservée Aux Actes Courants

إطار خاص بالأعمال الطبية العادي

التاريخ Date	الأعمال 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.

Hôpital Privé Casablanca

Aïn Sebaâ



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 : 91176758
HOPITAL PRIVE CASA AIN SEBAâ

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	CONSULT	ATION	2138252	02 04 022 °

BENEFICIAIRE PRESTATION						
DESIGNATION DES ACTES	NBRE	ASSIETTE	PRESTATION C.M.S.S.	PRESTATION C.M.C.A.S.	PRECOMPTE	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 TOTAL A CMSS+CMCAS 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

