

# 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.

M22- 0019452

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 949

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

NASR UAH CEN

Date de naissance :

11/7/50

Adresse : Nasr oukhoue Hdy LAHA

43A

Tél. : 0662467387 Total des frais engagés :

.Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Wyplyewt

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : TARGHINI FATIMA Age : 71

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

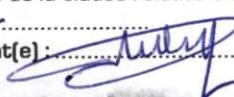
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 06/01/2023

Le : 06/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

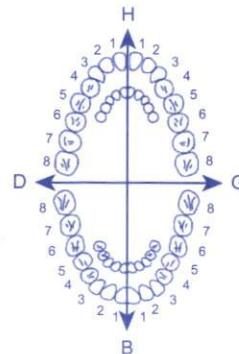
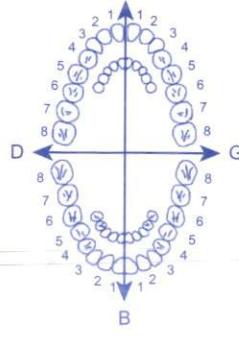
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412   21433552 00000000   00000000 D 00000000   00000000 35533411   11433553 B G		
				
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



## CAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE

## DES REGIES AUTONOMES DE DISTRIBUTION

زنقة بوعصب 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

التعاضدي والمسنود	NOM ET PRENOM	<i>TAROTENI Fatima</i>	الإسم الكامل
	MATRICULE & SERVICE	<i>15125051</i>	الرقم والمصلحة
	REGIE ou CENTRE	<i>REGIE</i>	الوكالة أو المركز
MUTUALISTE & BENEFICIAIRE	NOM ET PRENOM	<i>TAROTENI Fatima</i>	الإسم الكامل
	DATE DE NAISSANCE	<i>27/2/1982</i>	تاريخ الازدياد
	DEGRE DE PARENTE	<i>Mme même</i>	درجة القرابة
<b>En Cas d'accident</b> 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 Mutualiste <i>[Signature]</i>	
طبيب المعالج PRATICIEN	NATURE MALADIE التشخص Date	<i>Affection Rhumatologique</i>	
	MLADHATAT ملاحظات OBSERVATIONS	Ds. N° :	<i>D. CHAHIDI Naima</i> الصادرة عن ..... خاتم و توقيع ..... Cachet & Signature
التعاضدية C.M.S.S.	خاتم و توقيع التعاضدية Cachet & Signature CMSS		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>BIEN REMPLIR CETTE PREMIERE PAGE POUR EVITER TOUT REJET DE VOTRE DOSSIER.</li> <li>EXTRAIT : STATUT ET REGLEMENT INTERIEUR VOIR PAGE 2</li> </ul>		
RMQS.			

## **I) Partie Réservée Aux Actes Médicaux**

إطار خاص بالخدمات الطبية

I) Partie Réservee Aux Actes Médicaux					بيان خاص بالخدمات الطبية	
تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	بيان وفق قائمة الأعمال الطبية Désignation des actes suivant nomencl	تسليم ورقة الكتشاف Délivrance d'une ordonnance	فحوص و التحليلات الم موضوعة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoriaires perçus	توقيع الطبيب Signature du docteur et cachet de l'établissement	
19/10/72	Cz			300100	Dr. CHAHID RUMAHOUCHE El Moudawine K 112, rue Amalouss, 14 38 - Casablanca Baptisé 13/12/72	

II) Examens et Analyses Prescrits						
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 Honoriaires perçus	الفحوص و التحليلات الم موضوعة Toujour le Dr. CHAHID RUMAHOUCHE El Moudawine Signature du médecin et cachet de l'établissement		

### **III) Partie Réservée Aux Actes Courants**

## إطار خاص بالأعمال الطبية العادية

- 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.

Cmss - Régies  
3, rue FERRAD Bouchaib

Date : 19/10/2022

Reçu de dépôt de dossier

Type Dossier :CONSULTATION

Régie	Matricule	Nom du malade	Dossier N°	Montant	Date Dépot
01	52545	FATIHA	Z2145617	300.00	19/10/2022

REGIE	MATRICULE	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01	52545	TA ZGHINI FATIHA	CONSULT	ATION	2145617	19 10 022 °

BENIFICIAIRE PRESTATION							
DESIGNATION DES ACTES	NBRE	ASSIETTE	PRESTATION C.M.S.S.	PRESTATION C.M.C.A.S.	PRECOMPTE	PRESTATION	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
300,00	43,20	10,80	54,00	0,00	54,00	0,00	54,00

SIGNATURE POUR ACQUIT

