

## 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



196291

## Déclaration de Maladie : N° P19-0000502

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 949 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NASR LAHCEN Date de naissance : 17/1/50

Adresse : home oul Houene Hay Naita Casa

Tél. : 0662467387 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : complément

Nom et prénom du malade : TAGHANI FATIMA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ophtalmo

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 : Casa Signature de l'adhérent(e) : Le : 23/12/2024



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	فحوص و التحليلات الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	ملاحظات الطبيب Remarques du médecin
23/08/24	CS			300,00	Dr. Yasser BENSALAH Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux 22, Bd Yacoub El-Mansour 1er Etage Bureau N°42 - Casablanca Tél: 7773 42 92 - GSM: 0674 24 11 25

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	الاعمال 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 Médicament utilisé	خاتم وتوقيع القائم بالأعمال Cachet et Signature du praticien

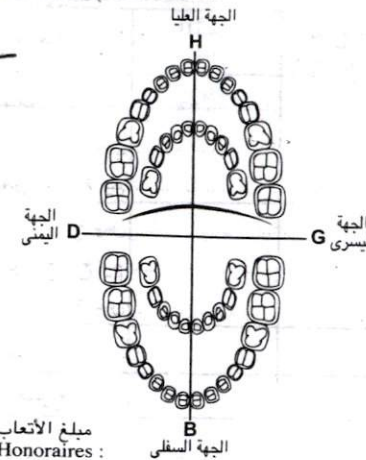
- Chaque agent est responsable vis à vis de la C.M.S.S. des membres de sa famille.
- Ne peuvent bénéficier des prestations de la C.M.S.S. que :
  - La femme légitime, les enfants ayant moins de 21 ans et ouvrant droit aux allocations familiales.
- L'agent est tenu d'informer la C.M.S.S. des modifications 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.

1) Devis Dentaire

تسعيرة الأسنان



الجبهة العليا D	الجبهة السفلى B	الجبهة اليسرى G
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
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 masticoire

العلاجات أو الأجهزة الإصطناعية المقترحة  
Soins et prothèses préconisés

Date : التاريخ :

خاتم و توقيع القائم بالأعمال  
Cachet et Signature du Praticien

2) Avis Contrôle Dentaire

رأي المكلف بمراقبة الأسنان

Date : التاريخ : P. en charge n° : رقم الكفالة :  
 Actes (PEC) : الأعمال :  
 Cotations : المعامل :  
 Remboursement CMSS : تعويض التعاضدية :  
 Reste à charge : الباقي على حساب المشارك :

توقيع المشارك  
Signature du Mutualiste

خاتم وتوقيع التعاضدية  
Cachet et Signature CMSS

3) Facture du Praticien

فاتورة القائم بالأعمال

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

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 أجري يجب الإشارة إليه في الرسم أعلاه



# Partie Réservee Aux Lunettes

## إطار خاص بالنظارات

optique

تسعيرة النظارات  
الطبيب

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 و التوقيع  
Cachet & Signature

ص.ت.ض.أ.  
للكالات



C.M.S.S.  
REGIES

الصندوق التعاضدي للضمان الاجتماعي للوكالات م.ت.

CAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE  
DES REGIES AUTONOMES DE DISTRIBUTION

3، زنقة بوشعيب فراء - 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

NOM ET PRENOM TAZGHINI FATIMA الإسم الكامل

MATRICULE & SERVICE 52545 الرقم و المصلحة

REGIE ou CENTRE ..... الوكالة أو المركز

NOM ET PRENOM TAZGHINI FATIMA الإسم الكامل

DATE DE NAISSANCE 27/2/52 تاريخ الازدياد

DEGRE DE PARENTE ..... درجة القرابة

### 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

توقيع التعاضدي  
Signature du Mutualiste

NATURE MALADIE التشخيص Date 23/01/24 التاريخ

Correction optique  
BENSALEH  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
22, Bd Yacoub El Mansour 20600  
Bureau N° 12 - Casablanca & Signature  
- 05 22 23 42 92 - 05 22 23 11 25

ملاحظات  
OBSERVATIONS

Ds. N° :

الطبيب المعالج  
PRATICIEN

التعاضدية  
C.M.S.S.

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

REGIE	MATRICULE	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01	52545	TA	ZGHINI FATIHA	CONSULTATION	4166647	25 01 024 °

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



Cmss - Régies  
3, rue FERRAD Bouchaib

Date : 25/01/2024

Reçu de dépôt de dossier

Type Dossier :CONSULTATION

Régie	Matricule	Nom du malade	Dossier N°	Montant	Date Dépot
01	52545	FATIHA	Z4166647	300.00	25/01/2024