

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0019461

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 949 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 196282

Nom & Prénom : NASR LAHSEN

Date de naissance : 11/7/50

Adresse : home oukhtoune HAY RAHA CASA

Tél : 662467387 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complement

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : TAGHIAI FATIHA Age:

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

Nature de la maladie : OPHTALMO

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 : CASA Le : 23 / 2 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



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

1) Devis optique

تسعيرة النظارات  
الطبيب

Date : ..... Docteur : .....

Verres	الوصفة Prescription	رقم قائمة الأعمال N° Nomenclature	نوع الزجاج Nature verres	الثمن 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 : ..... P. en charge n° : .....

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 : 28/10/2023 التاريخ :

Fournitures :	Verres	الزجاج	المواد
	3 200,00 dh		
Monture	1 000,00 dh	الإطار	
TOTAL	4 200,00 dh		المجموع

الخاتم والتوقيع  
Cachet & Signature

ص.ت.ض.إ.  
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 فراد - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.30.41.17 - ص.ب. 88 - الدار البيضاء  
3, Rue Boucharb 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 125451 الرقم والمصلحة

REGIE ou CENTRE 14410101 الوكالة أو المركز

NOM ET PRENOM TAZGHINI Fatima الإسم الكامل

DATE DE NAISSANCE 27/2/1952 تاريخ الازدياد

DEGRE DE PARENTE mar mariée 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 الممنية بهذا المطبوع  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés

NATURE MALADIE التشخيص Date 28/10/23 التاريخ

الخاتم والتوقيع  
Cachet & Signature

ملاحظات  
OBSERVATIONS

Ds. N° : 235, Bd Youssef El Moussout, Rabat  
Al Anfal, Etage N° 2, Casablanca  
Tél: 05 22 95 12 89

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



# I) Partie Réservee Aux Actes Médicaux

إطار خاص بالخدمات الطبية

تاريخ إجراء الاعمال الطبية Date des actes médicaux	بيان وفق قائمة الاعمال الطبية Désignation des actes suivant nomencl	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوص والتحاليل الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الاعتاب Honoraires perçus	توقيع وخاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
21/09/23				300	

# II) Examens et Analyses Prescrits

الفحوص والتحليلات الموصوفة

تاريخ إجراء الاعمال 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 الاعتاب Honoraires perçus	توقيع الطبيب وخاتم المؤسسة الصحية Signature du médecin et cachet de l'établissement

# III) Partie Réservee Aux Actes Courants

إطار خاص بالاعمال الطبية العادية

التاريخ Date	الاعمال المزاولة actes pratiqués	العدد Nombre	التمن Prix Unitaire	إجمالي التمن Prix total	الدواء المستعمل Médicament utilisé	خاتم وتوقيع القائم بالاعمال 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 :

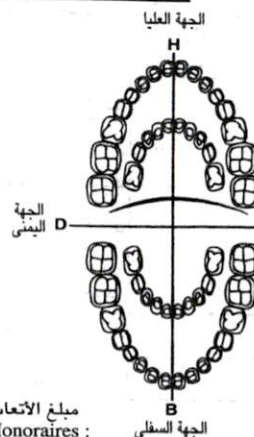
- Cas d'hospitalisation :
  - La facture détaillée et acquittée
  - La note confidentielle du Médecin traitant
  - L'ordonnance des analyses et radios.
- Cas de consultation :
  - Ordonnance médicale achetée par la pharmacie et accompagnée des prospectus et vignettes.
- La prise en charge est obligatoire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

# IV)

# Partie Réservee Aux Soins et Prothèses Dentaires

تسعيرة الأسنان

# 1) Devis Dentaire



الجهة العليا D	الجهة السفلى B	الجهة اليسرى D	الجهة اليمنى 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
3 5 5 3 3 4 1 1	1 1 4 3 3 5 5 3		

المعامل  
Coefficient masticatoire

العلاجات أو الأجهزة الإصطناعية المقترحة  
Soins et prothèses préconisés

التاريخ : .....  
Date :

خاتم وتوقيع القائم بالاعمال  
Cachet et Signature du Praticien

# 2) Avis Contrôle Dentaire

رأي المكلف بمراقبة الأسنان

رقم الكفالة : ..... P. en charge n° ..... التاريخ : .....  
 الأعمال : .....  
 المعامل : .....  
 تعويض التعاضدية : .....  
 الباقي على حساب المشارك : .....

توقيع المشارك  
Signature du Mutualiste

خاتم وتوقيع التعاضدية  
Cachet et Signature CMSS

# 3) Facture du Praticien

فاتورة القائم بالاعمال

التاريخ : .....  
 الأعمال : .....  
 المعامل : .....  
 التمن : .....

خاتم وتوقيع القائم بالاعمال 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

Cmss - Régies  
3, rue FERRAD Bouchaib

Date : 02/11/2023

Reçu de dépôt de dossier

Type Dossier :OPTIQUE

Régie	Matricule	Nom du malade	Dossier N°	Montant	Date Dépot
01	52545	FATIHA	Z3162642	4510.50	02/11/2023



# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

**Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN**  
**OPHTALMOLOGISTE**

Specialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification  
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik  
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex Médecin à l'hôpital 20 Août Casablanca  
Membre de la société française d'ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le: 21/09/23

**الدكتورة لبنى خيار بنجلون**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالاشعة

جراحة الحول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السياقة

*U. Tayeb: 6411*

**VERRE POUR LA VISION DE LOIN**

**Oeil DROIT**

*09, 08 / - 1,75 + 105*

**Oeil GAUCHE**

*1,75*

**ADDITION VISION DE PRES**

*006 = 7 3,00*

**Dr. Loubna KHAYAR**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 95 12 89

235, شارع يعقوب المنصور - إقامة الأنفال - عمارة A شقة رقم 5 الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 89  
235, Bd Yacoub El Mansour - Résidence Al Anfal-Im. "A" Appt. N°5- 2ème étage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 89



FACTURE N° : **195/2023**

DATE FACTURE : **28/10/2023**

CLIENT : **TAZGHINI FATIHA**

DESIGNATION	PRIX TTC
<u>Montures</u> : 1 <b>OPTIQUE</b>	<b>1 000,00 DH</b>
<u>Verres</u> : <b>OG1 PROGRESSIFS ORGANIQUES ANTIREFLETS</b>	<b>1 600,00 DH</b>
<b>OD1 PROGRESSIFS ORGANIQUES ANTIREFLETS</b>	<b>1 600,00 DH</b>
<u>Nmclatr</u> : OD: +0.25 ( -1.75 à 105° ) , Add = +3.00 ,Prisme = +0.00 OG: +0.00 ( +0.00 à 0° ) , Add = +3.00 ,Prisme = +0.00	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

**Total TTC : 4 200,00 DH**

QUATRE MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

**Total HT : 3 500,00 DH**

**TVA 20% : 700,00 DH**

**Frais de Timbres : 10,50 DH**

**Montant Total Payé : 4 210,50 DH**

**Pharma Optique**  
CHARIF CHEECHAOUI Fatima  
Opticienne Optométriste Diplômée  
05 22 86 85 76 05 22 86 85 70

Code INPE



095004461

REGIE	MATRICULE	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01	52545	TA	ZGHINI FATIHA	OPTIQUE	3162642	28 10 023 °

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	
HONORAIRES		250,00	250,00	0,00	0,00	250,00	
HONORAIRES		812,00	649,60	162,40	0,00	812,00	

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
4510,50	942,80	173,20	1116,00	0,00	1116,00	0,00	1116,00	

SIGNATURE POUR ACQUIT

