

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 : 949 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MASNA LAHcen

196278

Date de naissance :

11/7/50

Adresse : Worme oukhtoune Agg Raha Cene

Tél. 0662467387

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément

Date de consultation :

TAZGHINI FAITHA Age: 72

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

encéphalique

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 : Conc Le : 13 FEV 2012

Signature de l'adhérent(e) : Jacck

V) Partie Réservée Aux Lunettes إطار خاص بالنظارات

1) Devis optique

Date :

التاريخ :

تسعيرة النظارات الطبيب

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

الخاتم والتوكيل  
Cachet & Signature

2) Avis Contrôle Optique

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

Verres :	تعويض التعاضدية Remb. C.M.S.S.	الباقي Reste à charge	الزجاج
V. Loin			بعد
V. Près			قرب
D.F.			مزدوج
Monture			الإطار :
TOTAL			المجموع :

موافقة التعاضدية  
Accord C.M.S.S

توقيع المشترك  
Signature du Mutualiste

3) Facture de l'Opticien

Date :

Fournitures :	Verres	الزجاج	المواد
	Monture		
TOTAL			المجموع

الخاتم والتوكيل  
Cachet & Signature

ص.ت.ض.إ.  
للوكلالات



C.M.S.S.  
REGIES

الصندوق التعاوني للضمان الاجتماعي للوكلالات م.ت.

CAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE

DES REGIES AUTONOMES DE DISTRIBUTION

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

NOM ET PRENOM FAZGHINI FATHA

الإسم الكامل

MATRICULE & SERVICE ٥٢٥٤٥

الرقم والمصلحة

REGIE ou CENTRE ١١١١١

الوكالة أو المركز

NOM ET PRENOM FAZGHINI FATHA

الإسم الكامل

DATE DE NAISSANCE ٢٢/٢/٥٢

تاريخ الازدياد

DEGRE DE PARENTE

درجة القرابة

En Cas d'accident في حالة حادثة

هل الحادثة تسبب فيها الغير :

أشهد بشرف على صحة المعلومات المبينة بهذا المطابع

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

توقيع التعاضدي

Signature du Mutualiste

NATURE MALADIE Date ١٤.٠٢.٢٠٢٤ التشخيص

Carcinome mammaire métastatique

Dr N. BOUH  
Rachia / Oncologue  
Centre Al Kindy Casablanca  
Signature CMSS

الطبب المعالج  
PRATICIEN  
C.M.S.S.

Ds. N° :

ملاحظات OBSERVATIONS

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

خاتم و توقيع التعاضدية  
Cachet & Signature CMSS

**I) Partie Réervée Aux Actes Médicaux**
**إطار خاص بالخدمات الطبية**

تاریخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	بيان وفق قائمة الأعمال الطبية Désignation des actes suivant nomencl	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوص و التحاليل الموصفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع و خاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
٢٤-٥٦-٢٤	٦٣	-	-	٣٠٩٢٢	

**II) Examens et Analyses Prescrits**
**الفحوص و التحاليل الموصفة**

تاریخ 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 Réervée Aux Actes Courants**
**إطار خاص بالأعمال الطبية العادية**

التاريخ Date	الأعمال المزاولة actes pratiqués	العدد Nombre	الثمن Prix Unitaire	اجمالي 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.

AL KINDY

**Reçu de caisse**
**Nom du patient**

FATIHA TAZGHINI

**Date  
encaissement**

14/02/2024

**Montant  
Dhs**

300.00

Contrôle

REGIE	MATRICULE	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01	52545	TA ZGHINI FATIHA	CONSULT	ATION	4168081	22 02 024 °

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	
300,00	43,20	10,80	54,00	0,00	54,00	0,00	54,00

SIGNATURE POUR ACQUIT



Cmss - Régies  
3, rue FERRAD Bouchaïb

Date : 22/02/2024

**Reçu de dépôt de dossier**

Type Dossier :CONS

Régie	Matricule	Nom du malade	Dossier N°	Montant	Date Dépot
01	52545	FATIHA	Z4168081	300.00	22/02/2024