

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 canaux, 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 canaux.

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

- 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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0037764

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 949 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : MASA LAHCEN 196278
 Date de naissance : 17/10
 Adresse : Wame oukhama Hay Naha come
 Tél. : 062407387 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : TAZGHINI FATIHA Age: 72
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : oncologie
 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 : Com Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PP4FR05/V2/20-10-2023

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

1) **Devis optique** تسعيرة النظارات
 Date : Docteur : التاريخ الطبيب

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** رأي المكلف بالمراقبة

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

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 والتوقيع
Cachet & Signature

ص.ت.ض.ا.
للكالات



C.M.S.S.
REGIES

الصندوق التعاضدي للضمان الاجتماعي للوكالات م.ت.

CAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE

DES REGIES AUTONOMES DE DISTRIBUTION

3, زنفة بوشعيب 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**

التعاضدية والمستفيد MUTUALISTE & BENEFICIAIRE	NOM ET PRENOM TAZGHINI FATIHA الإسم الكامل
	MATRICULE & SERVICE 152545 الرقم والمصلحة
	REGIE ou CENTRE 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 الوكالة أو المركز
التعاضدية والمستفيد MUTUALISTE & BENEFICIAIRE	NOM ET PRENOM TAZGHINI FATIHA الإسم الكامل
	DATE DE NAISSANCE 27/2/52 تاريخ الازدياد
	DEGRE DE PARENTE درجة القرابة
التعاضدية والمستفيد MUTUALISTE & BENEFICIAIRE	<p>En Cas d'accident في حالة حادثة</p> <p>S'agit-il d'un accident occasionné par tiers : هل الحادثة تسبب فيها الغير</p> <p>أشهد بشرفي على صحة المعلومات المبينة بهذا المطبوع</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés</p>
	<p>توقيع التعاضدي Signature du Mutualiste</p> <p><i>(Signature)</i></p>
	<p>NATURE MALADIE التشخيص Date 14.02.2024 التاريخ</p> <p>Carcinome mammaire metastatique</p> <p>الخاتم والتوقيع Cachet & Signature</p> <p><i>(Stamp: DR N. BOUHAÏB - Oncologue - 091035927 - Centre Al-Kharratj - Casablanca)</i></p>
التعاضدية C.M.S.S.	<p>ملاحظات OBSERVATIONS</p> <p>Ds. N° :</p>
	<p>خاتم و توقيع التعاضدية Cachet & Signature CMSS</p>
	<p>RMQS.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 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 التحليلات الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع و خاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
14.02.24	9	-	-	300	

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	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 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 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 acquitée
 - 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

Motif/Référence de paiement

Date encaissement

14/02/2024

Montant Dhs

Contrôle

300.00

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

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 : 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