

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.

Médecine 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.

Prothétique :

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

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 : 91 32

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ESSAKAÏ Naima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie **Nº P19-067990**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIER 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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation | contact@mupras.com |
| O Prise en charge | pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

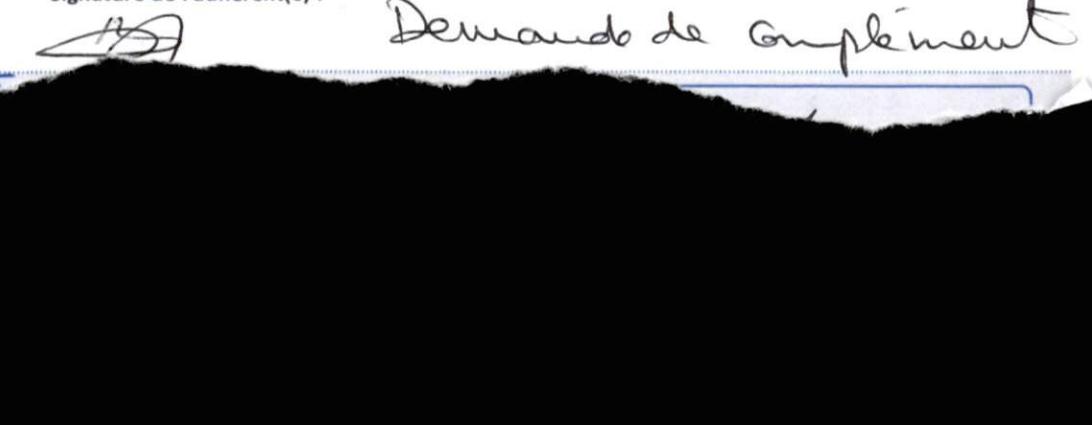
N° W19-463035

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 9132	Société : NAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ESSAKNI Nana
Nom & Prénom : ESSAKNI Nana			
Date de naissance :			
Adresse : be mar			
Tél. : 0522912347	Total des frais engagés :	1500 DHS	Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : /			
Nom et prénom du malade :			Age :
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 :** **06 JUIL 2020** **Le :** **19/10/2020**

Signature de l'adhérent(e) :



V)

Partie Réservée Aux Lunettes**اصل بالنظارات****1) Devis optique**

Date :

التاريخ :

ظارات

Docteur :

Verres	الوصفة Prescription	رقم قائمة الأعمال N° Nomenclature	نوع الزجاج Nature verres	الثمن Prix
V. Loin: O.D.				يم
O.G.				س
V. Près : O.D.				يم
O.G.				س
D.F. O.D.				يم
O.G.				س
Monture				
TOTAL				# 15.000

الخاتم والتواقيع
Cachet & Signature

2) Avis Contrôle Optique**، بالمراقبة**

Date :

التاريخ :

P. en charge n° :

Verres :	تعويض التعاضدية Remb. C.M.S.S.	الباقي Reste à charge	ج
V. Loin			
V. Près			
D.F.			
Monture			
TOTAL			

موافقة التعاضدية
Accord C.M.S.S

مع المشترك
Signature du M

3) Facture de l'Opticien

ظاراتى

Date : 24 - 09 - 19

لتاريخ:

Fournitures :	Verres	الزجاج
	Monture	الإطار
TOTAL	OPTIQUE MAS Azhar 1 Rue 41 N° 40 El Jalla - Casablanca Fix : 05 22 15 00 00	الخاتم والتواقيع

سندوق التعاوني للضمان الاجتماعي للوكالات م.ت. ص.ت.ض.إ. للوكالات



C.M.S.S.
REGIES

**CAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE
DES REGIES AUTONOMES DE DISTRIBUTION**

فقة 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

رقة العلاجات FEUILLE DE SOINS

NOM ET PRENOM

Bennada MANSOUR

م الكامل

MATRICULE & SERVICE

111528

م والمصلحة

REGIE ou CENTRE

LYBEC

قالة أو المركز

NOM ET PRENOM

Bennada MANSOUR

م الكامل

DATE DE NAISSANCE

26-06-1959

بح الأزيداد

DEGRE DE PARENTE

fille

بة القرابة

En Cas d'accident

في حالة حادثة

مع التعاوني

Signature du Mut

S'agit-il d'un accident occasionné par tiers : هل الحادثة تسبب فيها الغير

أشهد بشرف على صحة المعلومات المبينة بهذا المطبوع

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

NATURE MALADIE التشكيف Date

اريخ

ناتم و التوقيع

Cachet & Sign:

ملحوظات
OBSERVATIONS

Ds. N° :

م وتوقيع التعاوني

Cachet & Signature C

IQS.

- BIEN REMPLIR CETTE PREMIERE PAGE POUR EVITER TOUT REJET DE VOTRE DOSSIER

OPTIQUE MASARA
 Azhari 1 Rue 41 N° 48 Bis
 El Oued - Casablanca
 Fix : 05 22 65 83 44
 GSM : 06 89 38 70 64

Bernardo

TANAR

Facture N° 27 Le 24 09 19

Quantité	Désignation	P.U.	Total
1	Venture Vétele	F 100	F 100
2	Vetres oxy AR MAXIÉ 156 +		
V.L			
OD	- 0.25 sphérique		
OS	- 0.25 sphérique	820	820

mille cinq cent dirhams

OPTIQUE MASARA
 Azhari 1 Rue 41 N° 48 Bis
 El Oued - Casablanca
 Fix : 05 22 65 83 44
 GSM : 06 89 38 70 64

I.N.P. : 91023308 - x 15000
 E.C.E : 000015807000008 -

Docteur Abdellatif ZIOUTI

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتور عبد اللطيف زيوتي

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون (الجلالة)

Strabologie - Lentille de Contact - Laser - Angiographie

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Ferrara II, Rue 62 N° 1, 1^{er} Etage

Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22 89 88 22

طب العين - عدسة الاتصال - الليزر - أنجيوجرافيا

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

فرارة II، زنقة 62 رقم 1، الطابق الأول

الحي الحسني - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 89 88 22

Casablanca, le : 27/3/17 : الدار البيضاء، في :

Bernard

Khalil

Sous le Rattaché

○ - 25

○ - 25

OPTIQUE MASARA
Azhari 1^{er} étage n° 48 Bis
El Oued - Casablanca
Fix : 05 22 65 83 44
GSM : 06 89 38 70 64

Dr Abdellatif ZIOUTI
OPHTHALMOLOGISTE
Ferrara II, Rue 62 n° 1^{er} étage
Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22 89 88 22

REGIE	MATRICULE	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
21	0578	BE	RRADA MANAL	OPTIQUE	9101082	24 09 019 °

BENEFICIAIRE PRESTATION						
DESIGNATION DES ACTES	NBRE	ASSIETTE	PRESTATION C.M.S.S.	PRESTATION C.M.C.A.S.	PRECOMPTE	PRESTATION
HONORAIRES		124,00	99,20	24,80	0,00	124,00

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
1500,00	99,20	24,80	124,00	0,00	124,00	0,00 124,00

SIGNATURE POUR ACQUIT

