

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



Déclaration de Maladie

N° W19-525304

ND: 32376

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9132 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ESSAKINI Naima
 Date de naissance : 1964
 Adresse : 6 rue
 Tél. : 0522912347 Total des frais engagés : 1900 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 : CASABLANCA le 07/07/2020 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-525304 HAJAR
 Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.
 Matricule : 10107/20
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés : 1900
 Date de dépôt :
 Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Docteur Abdellatif ZIOUTI

Specialiste 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'Ophthalmologie

Ferrara II, Rue 62 N° 1, 1^{er} Etage
Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22 89 88 22

طب الحول - عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوجرافي
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 : 29/8/19 : في : الدار البيضاء،

Bernack ha Jan

Verde L. T. H. H.

2 - 2

2 - 2

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

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

معتمد لتسليم شهادة السياقة
Agrée Pour Délivrer Certificat de Conduire

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

Bennadia
 HAJAR

ire N° 28		Le 24 09 19	
é	Désignation	P.U.	Total
	Tenture Plastique	700	700
	Vernis AR MAXXÉ 1560		
	2,00 sphérique	1200	1200
	2,00 sphérique		
	des meuf. cent outin		
	OPTIQUE MASARA Azhari 1 Rue 41 N° 48 Bis El Ouffa - Casablanca Fix : 06 22 65 83 44 GSM : 06 89 38 70 64		
		# 1900	
	91023708-		
	002015807000008-		

MATRI	Dossier		NOM OUVRANT DROIT	PRENOM MALADE	MONTANT CMSS	MONTANT CMCAS	PRECOMPTE SALAIRE	TOTAL PRESTAT	A VERSER CONVENT.	VIRE PAIE AGENT	A VERSER GUICHET
	T	NUME	DATE								
0578	5	9101081	24/09/2019	BERRADA MANAL	99,20	24,80		124,00		124,00	

NOMBRE AGENTS	NOMBRE DOSSIERS	TOTAL C.M.S.S	TOTAL C.M.C.A.S	TOTAL PRECOMPTE	TOTAL GENERAL	TOTAL CONVENTIONNE	TOT. VIREMENT PAR PAIE	TOTAL VERS. PAR GUICH
1	1	99,20	24,80	0,00	124,00		124,00	0,00



ص.ت.ض.إ.
للوكلات



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 BENNAO A MAJD الإسم الكامل

MATRICULE & SERVICE 111578 الرقم والمصلحة

REGIE ou CENTRE 111578 الوكالة أو المركز

NOM ET PRENOM BENNAO A HADJAN الإسم الكامل

DATE DE NAISSANCE 25-04-1998 تاريخ الازدياد

DEGRE DE PARENTE filles درجة القرابة

En Cas d'accident

في حالة حادثة

توقيع التعاضدي

Signature du Mutaliste

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

NATURE MALADIE التشخيص Date التاريخ

الخاتم والتوقيع

Cachet & Signature

ملاحظات
OBSERVATIONS

Ds. N° :

خاتم و توقيع التعاضدية

Cachet & Signature CMSS

التعاضدي و المستفيد
MUTUALISTE & BENEFICIAIRE

الطبيب
PRATICIEN

C.M.S.S.

V)

Partie Réservee Aux Lunettes

ار خاص بالنظارات

1) Devis optique

رة النظارات

Date : Docteur : يب

Verres	الوصفة Prescription	رقم قائمة الأعمال N° Nomenclature	نوع الزجاج Nature verres	الثلث Prix	عاج
V. Loin: O.D.					ع يم
O.G.					ع يس
V. Près : O.D.					ع يم
O.G.					ع يس
D.F. O.D.					ع يم
O.G.					ع يس
Monture					:
TOTAL					وع :

الخاتم والتوقيع
Cachet & Signature

2) Avis Contrôle Optique

لمكلف بالمراقبة

Date : P. en charge n° : لكفالة :

Verres :	تعويض التعاضدية Remb. C.M.S.S.	الباقى Reste à charge	الزجاج
V. Loin			
V. Près			
D.F.			وج
Monture			:
TOTAL			موع

موافقة التعاضدية
Accord C.M.S.S

وقيع المشترك
Signature du Mutuel

3) Facture de l'Opticien

رة النظارات

Date : 24-09-19 التاريخ :

Fournitures :	Verres	الزجاج	واد
	Monture	الإطار	
TOTAL			موع

1900 m
OPTIQUE MASARA
Azhar 1 Rue 41 N° 48 Bis
الخاتم والتوقيع

Cmss - Régies
3, rue FERRAD Bouchaib

Date : 10-10-2019

Reçu de dépôt de dossier

Type Dossier : OPTIQUE

Régie	Matricule	Nom du malade	Dossier N°	Montant	Date Dépôt
21	578	HAJAR	Z9101081	1900.00	10-10-2019

2016 → Monheur

11/11/19

124.00