

V) **Partie Réservee Aux Lunettes**

1) **Devis optique** تسعيرة النظارات الطبية

Date :	وصفة Prescription	رقم قائمة الأعمال N° Nomenclature	نوع الزجاج Nature verres	التمن 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 و التوقيع  
Cachet & Signature

2) **Avis Contrôle Optique**

رأى المكلف بالمراقبة

Date : رقم الكفالة : 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 :	التاريخ :
Fournitures :	المواد
Verres	الزجاج
Monture	الإطار
TOTAL	المجموع

الخاتم و التوقيع  
Cachet & Signature

ص.ت.ض.ب.  
للوكالات



C.M.S.S.  
REGIES

الصندوق التعاضدي للضمان الاجتماعي للوكالات م.ت.

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

رقعة بوشعيب فزاد - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.30.41.17 - ص.ب. 88 - الدار البيضاء  
3, Rue Boucharif Ferrad - CASABLANCA - B.P.88 - Téléphone : 05.22.30.41.17

**ورقعة العلاجات**

NOM ET PRENOM ..... الإسم الكامل  
MATRICULE & SERVICE ..... الرقم والمصلحة  
REGIE ou CENTRE ..... الوكالة أو المركز

NOM ET PRENOM ..... الإسم الكامل  
DATE DE NAISSANCE ..... تاريخ الازيداد  
DEGRE DE PARENTE ..... درجة القرابة

توقيع التعاضدي  
Signature du Mutualiste

**En Cas d'accident** في حالة حادثة  
مل الحالة 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

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

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	بيان وفق قائمة الأعمال الطبية Designation des actes suivant nomenclature	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	لحوص والتحاليل الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع وخاتم الطبيب Signature et cachet du médecin

### II) Examens et Analyses Prescrits

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	نوعية الفحص أو التحليل Nature de l'examen ou de l'analyse	العمل الطبي المعامل حسب القائمة Coefficient suivant nomenclature	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع الطبيب وخاتم المؤسسة الصحية Signature du médecin et cachet de l'établissement

### III) Partie Réservee Aux Actes Courants

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 intérieur 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.

### إطار خاص بالخدمات الطبية

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	بيان وفق قائمة الأعمال الطبية Designation des actes suivant nomenclature	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	لحوص والتحاليل الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع وخاتم الطبيب Signature et cachet du médecin

### الفحوص والتحليلات الموصوفة

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	نوعية الفحص أو التحليل Nature de l'examen ou de l'analyse	العمل الطبي المعامل حسب القائمة Coefficient suivant nomenclature	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع الطبيب وخاتم المؤسسة الصحية Signature du médecin et cachet de l'établissement

### 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 intérieur de la caisse expose son auteur à des poursuites.

### IV) إطار خاص بعلاجات الأسنان وتركيب الأجهزة الاصطناعية

تاريخ إجراء الأعمال Date des actes médicaux	بيان وفق قائمة الأعمال الطبية Designation des actes suivant nomenclature	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	لحوص والتحاليل الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع وخاتم الطبيب Signature et cachet du médecin

### 1) Devis Dentaire

الجهة العليا H	الجهة السفلى B	المعامل Coefficient masticatoire	الملاجات أو الأجهزة الاصطناعية المقترحة Soins et prothèses préconisés
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	0 0 0 0 0 0 0 0	
3 5 5 3 3 4 1 1	1 1 4 3 3 5 5 3		

التاريخ :  
Date :  
خاتم وتوقيع القائم بالأعمال  
Cachet et Signature du Praticien

### 2) Avis Contrôle Dentaire

رقم الكفالة : P. en charge n°	التاريخ : Date	المعامل : Cotations	تعويض التعااضدية : Remboursement CMSS	الباقى على حساب المشاركة : Reste à charge

توقيع المشارك  
Signature du Mutualiste  
خاتم وتوقيع التعااضدية  
Cachet et Signature CMSS

### 3) Facture du Praticien

التاريخ : Date	الأعمال : Actes	المعامل : Cotations	الثمن : Montant

خاتم وتوقيع القائم بالأعمال الذي يشهد على صحة تاريخ إجراء العلاج  
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 اجري يجب الإشارة إليه في الرسم اعلاه