

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

172895

Déclaration de Maladie : N° S19-0045697

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 18274 Société : RAN
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : Guennou Ben Youssef Date de naissance : 25/12/78
Adresse : 478, rue des croisés, Palmeraie
Tél. : 0662774273 Total des frais engagés : 0 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 N° S19- 0045697

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).



المكتب المشترك للضمان الاجتماعي
BUREAU COMMUN DE SECURITE SOCIALE
 المكتب الوطني للكهرباء والماء الصالح للشرب "قطاع الكهرباء"
 Office National de l'Electricité et de l'Eau Potable «Branche Electricité»

صندوق البريد 13498 - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.66.80.80 - 05.22.22.41.65

B.P. 13498 - CASABLANCA - Tél.: 05.22.22.41.65 - 05.22.66.80.80

رقم المرجع

N° de Référence

ورقة العلاجات

FEUILLE DE SOINS

N° 947892

متقاعد - في الخدمة المدنية - متدرّب - مؤقت - إطار عالي
 Hors Classification - Temporaire - Stagiaire - Civiliste - Retraité

الرقم التسلسلي Matricule 19101251 الإدارية Direction DFC القسم Division

الاسم العائلي Nom KETTANI الإسم الشخصي Prénom Youssouf

DEMANDER : l'accord préalable pour toute intervention chirurgicale, prothèse dentaire et soins spéciaux de longue durée

اطلبو : الموافقة المسبقة قبل اجراء أية عملية جراحية أو تركيب جهاز إصطناعي للأستان أو الشروع في أية علاجات خاصة طويلة المدى

هوية المريض

IDENTITE DU MALADE

المنخرط Adhérent _____ تاريخ الإزدياد Date de naissance _____

زوجة Conjoint _____ الإسم الشخصي Prénom _____ تاريخ الإزدياد Date de naissance _____

أبناء و إخوة Enfants _____ الإسم الشخصي Prénom _____ تاريخ الإزدياد Date de naissance _____

في حالة الجرح
 En cas de blessure

هل يتعلّق الأمر بحادث تسبّب فيه الغير ؟
 S'agit-il d'un accident occasionné par tiers ? _____

أشهد بشرفي على صحة المعلومات المبنية بهذا المطبوع

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

المرجو إلهاق هذه الورقة بتصريح يوضح ظروف الحادث
 وتوقيعه كذلك من طرف الشهود الإحتماليين

Prière de joindre au présent bulletin une déclaration relatant les circonstances de l'accident et la faire contresigner par les éventuels témoins.

توقيع المنخرط
 Signature du mutualiste



إطار خاص بالخدمات الطبية Partie réservée aux actes médicaux					
تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	بيان الخدمات وفقاً قائمة الأعمال الطبية Désignation des actes suivant nomencat	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوص والتحليلات الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع خاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
20/10/14	CC + 155			450 H	Signature et cachet du médecin

الفحوص والتحليلات الموصوفة Examens et analyses prescrits				
تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	نوعية الفحص أو التحليل Nature de l'examen ou de l'analyse	الضارب حسب قائمة الأعمال الطبية 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 Partie réservée aux actes médicaux courants						
التاريخ Date	الأعمال المزاولة Actes pratiqués	العدد Nombre	الثمن P.U.	الثمن الإجمالي Prix Total	الدواء المستعمل Médicaments utilisés	خاتم وتوقيع القائم بالأعمال Cachet signature du praticien

ENTENTE PRÉALABLE

الموافقة المسبقة

Pour - Hospitalisation

- *Intervention chirurgicale*
- *Soins spéciaux*

- ل - الإستشفاء
- عملية جراحية
- العلاجات الخاصة

Nature de l'acte médical	نوعية العمل الطبي	Montant	المبلغ

Fax D52
cliniquespecialise
IF : 144
ICE : 001837

رقم ترتيب الدواء الموصوف في تذكرة الطبيب
N° d'ordre de la prescription sur l'ordonnance

ou de l'Opticien

الصقوا هنا قسائم و بطاقات الأثمان
حسب ترتيب الدواء الموصوف

Coller ici les vignettes, ou les étiquettes de prix dans l'ordre de la prescription

في حالة عدم وجود القسائم يجب
صح الأثمانة بالمطبوعات الخاصة
ببيانات الأدوية

A défaut des vignettes les prospectus doivent être obligatoirement joints aux étiquettes de prix.

المبلغ الإجمالي للمنتوجات

المبلغ المؤدى فعلا
Somme effectivement perçue

تاریخ التذکرة الطبیّة

تاریخ الفاتورة
Date de la facture

oobe

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

euff Kettani
Jmaïl

Casablanca, le

20/10/2021

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Reda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

بنك المطلب



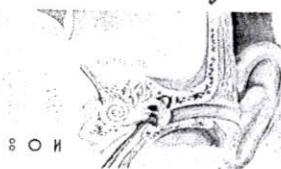
Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85

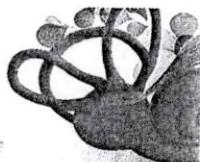
cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582
ICE : 001837199000069



ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتثخيص



ب/م م/م ق

المكتب المشترك للضمان الاجتماعي

BUREAU COMMUN DE SECURITE SOCIALE

المكتب الوطني للكهرباء والماء الصالح للشرب "قطاع الكهرباء"

Office National de l'Electricité et de l'Eau Potable «Branche Electricité»

صندوق البريد 13498 - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.66.80.80 - 05.22.22.41.65

B.P. 13498 - CASABLANCA - Tél.: 05.22.22.41.65 - 05.22.66.80.80

ورقة العلاجات
FEUILLE DE SOINSرقم المرجع
N° de Référence
N° 902819متقاعد - في الخدمة المدنية - متدرّب - مؤقت - إطار عالي
Hors Classification - Temporaire - Stagiaire - Civiliste - Retraitéالرقم التسلسلي
Matricole 79107515
الادارة
Direction DFC
القسم
Divisionالإسم العائلي
Nomالإسم الشخصي
Prénom

DEMANDER : l'accord préalable pour toute intervention chirurgicale, prothèse dentaire et soins spéciaux de longue durée

اطلبوا : الموافقة المسبقة قبل إجراء أي عملية جراحية، أو تركيب جهاز اصطناعي للأسنان أو الشروع في أي علاجات خاصة طولية المدى

هوية المريض
IDENTITE DU MALADE

المنخرط

Adhérent

زوجة

Conjoint

أبناء

Enfants

الإسم الشخصي
Prénomتاريخ الإزدياد
Date de naissanceالإسم الشخصي
Prénomتاريخ الإزدياد
Date de naissance

في حالة الجرح

En cas de blessure

هل يتعلّق الأمر بحادث تسبّب فيه الغير؟
S'agit-il d'un accident occasionné par tiers ?أشهد بشرف على صحة المعلومات المبنية بهذا المطبوع
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés

المرجو إلهاق هذه الورقة بتصرّيف يوضح ظروف الحادث

وتوكّيّعه كذلك من طرف الشهود الإحتماليين

Prière de joindre au présent bulletin une déclaration relatant les circonstances de l'accident et la faire contresigner par les éventuels témoins.

توقيع المنخرط

Signature du mutualiste

إطار خاص بالخدمات الطبية

Partie réservée aux actes médicaux

تاریخ اجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	بيان الخدمات وفق قائمة الأعمال الطبية Désignation des actes suivant nomencl	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوص والتحليلات الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع خاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
٠٨/١٧/٢٠٢١					

الفحوص والتحليلات الموصوفة

Examens et analyses prescrits

تاریخ اجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	نوعية الفحص أو التحليل Nature de l'examen ou de l'analyse	الضارب حسب قائمة الأعمال الطبية Coefficient suivant nomenclature	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع الطبيب وخاتم المؤسسة الصحية Signature du médecin et cachet de l'établissement

إطار خاص بالأعمال الطبية العادي

Partie réservée aux actes médicaux courants

التاريخ Date	الأعمال المزاولة Actes pratiqués	العدد Nombre	الثمن P.U.	الثمن الإجمالي Prix Total	الدواء المستعمل Médicaments utilisés	خاتم وتوقيع القائم بالأعمال Cachet signature du praticien

ENTENTE PRÉALABLE

الموافقة المسبقة

Pour - Hospitalisation

- Intervention chirurgicale
- Soins spéciaux

ل - الإستشفاء

- عملية جراحية

- العلاجات الخاصة

Nature de l'acte médical	نوعية العمل الطبي	Montant	المبلغ

AJIAL أجيال



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 08/01/2021.

Kettani Nekha

رقم ترتيب الدواء الموصوف في
نذكرة الطبيب
N° 31
Le remboursement sur l'ordonnance

① Fortax 10g

1 sachet. /

② Adax 7mg

1 a.u. - 21

Dr. ABKARI Abdelhak

Professeur de Pédiatrie

Gastroenterologie Pédiatrique

CASABLANCA

347, Boulevard Panoramique, Casablanca - Maroc

Tél. : +212 522 87 81 81 / +212 522 21 00 21 / Fax : +212 522 87 25 00
direction@clinique-ajial.ma / www.clinique-ajial.ma

Date de la facture

Etat des remboursements médicaux BCSS libre choix
Année 2023



Mle	Num Dossie	Nom Per	Prenom Per	Raison Sociale Executant	Lib Specialite Defaut Executant	Montant facture	BCSS	CMCAS	Mtt Remb
79075	915840	KETTANI	ISMAIL	ORTHOPHONIE	Orthophonie	400,00	126,00	24,00	150,00
79075	920505	KETTANI	MEHDI	CHIRURGIE DENTAIRE	CHIRURGIE DENTAIRE	1 000,00	540,00	160,00	700,00
79075	902819	KETTANI	MEHDI	PEDIATRIE	PEDIATRIE	300,00	100,80	19,20	120,00
79075	947892	KETTANI	ISMAIL	ORL / OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	ORL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	450,00	100,80	19,20	120,00
79075	947895	KETTANI	ISMAIL	ORL / OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	ORL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	400,00	100,80	19,20	120,00
79075	536725A	KETTANI	ISMAIL	PEDIATRIE	PEDIATRIE	250,00	100,80	19,20	120,00
79075	947899	KETTANI	YOUSSEF	OPHTALMOLOGIE	OPHTALMOLOGIE	300,00	100,80	19,20	120,00
79075	915845	KETTANI	YOUSSEF	BIOLOGIE MEDICALE	LA BIOLOGIE MEDICALE	293,00	168,00	32,00	200,00
79075	915845	KETTANI	YOUSSEF	DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE	DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE	400,00	100,80	19,20	120,00
79075	947887	KETTANI	MEHDI	CHIRURGIE DENTAIRE	CHIRURGIE DENTAIRE	1 000,00	411,60	118,40	530,00
79075	902803	KETTANI	MEHDI	PEDIATRIE	PEDIATRIE	300,00	100,80	19,20	120,00
79075	902806	KETTANI	ISMAIL	CLINIQUES	CLINIQUES	300,00	100,80	19,20	120,00
79075	947890	KETTANI	ISMAIL	CLINIQUES	CLINIQUES	1 500,00	638,40	121,60	760,00
79075	947890	KETTANI	ISMAIL	ORL / OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	ORL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	500,00	100,80	19,20	120,00
79075	920503	KETTANI	ISMAIL	ORTHOPHONIE	Orthophonie	5 000,00	840,00	160,00	1 000,00
79075	915856	KETTANI	ISMAIL	ORTHOPHONIE	Orthophonie	5 000,00	840,00	160,00	1 000,00
79075	902814	KETTANI	ISMAIL	PEDIATRIE	PEDIATRIE	300,00	100,80	19,20	120,00
79075	902815	KETTANI	MEHDI	ORL / OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	ORL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	2 100,00	1 226,40	233,60	1 460,00
79075	915843	KETTANI	ISMAIL	PEDIATRIE	PEDIATRIE	300,00	100,80	19,20	120,00
79075	915859	KETTANI	ISMAIL	PEDIATRIE	PEDIATRIE	44,30	37,21	7,09	44,30
79075	915859	KETTANI	ISMAIL	PHARMACIE	PHARMACIE	350,00	33,60	6,40	40,00
79075	915852	KETTANI	ISMAIL	CHIRURGIE DENTAIRE	CHIRURGIE DENTAIRE				

Etat des remboursements médicaux BCSS libre choix

Année 2023

Mle	Num Dossie	Nom Per	Prenom Per	Raison Sociale Executant	Lib Specialite	Defaut Executant	Montant facture	BCSS	CMCAS	Mt Remb
79075	915854	KETTANI	ISMAIL	ORL / OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	ORL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE		250,00	100,80	19,20	120,00
79075	920507	KETTANI	ISMAIL	ORL / OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	ORL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE		300,00	100,80	19,20	120,00
79075	536724	KETTANI	YOUSSEF	DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE	DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE		300,00	100,80	19,20	120,00
79075	536719	KETTANI	ISMAIL	PSYCHIATRIE	PSYCHIATRIE		500,00	127,68	24,32	152,00
79075	915853	KETTANI	MEHDI	CLINIQUES	CLINIQUES		400,00	100,80	19,20	120,00
79075	915833	KETTANI	ISMAIL	ORL / OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	ORL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE		250,00	100,80	19,20	120,00
Total:							22 787,30	6 702,49	1 373,81	8 076,30