

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 12274

Société : SN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Assessors, Oum khatoun.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 062771273

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 :

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 :

Le :/..../..

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

M23-015314



Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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	300,00	100,80	19,20	120,00
79075	915859	KETTANI	ISMAIL	PHARMACIE	PHARMACIE	44,30	37,21	7,09	44,30
79075	915852	KETTANI	ISMAIL	CHIRURGIE DENTAIRE	CHIRURGIE DENTAIRE	350,00	33,60	6,40	40,00

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	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



مكتب المشتركة للضمان الاجتماعي | 13/01/2023 | N° 1681

3/DR/DRH

بـ مـ مـ قـ /ـ

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

ورقة العلاجات
FEUILLE DE SOINS

رقم المرجع
N° de Référence

N° 915845

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

الرقم التسلسلي
Matricule ١٩١٠٢٧٥٤
الإدارة
Direction DFC
القسم
Division

الإسم العائلي
Nom KETTANI
الإسم الشخصي
Prénom Youssef
اطلبوا : الموافقة المسبقة قبل إجراء أي عملية جراحية، أو تركيب
جهاز إصطناعي للأسنان أو الشروع في أي علاجات خاصة
طويلة المدى

هوية المريض
IDENTITE DU MALADE
المنخرط
Adhérent m'm - Meur
زوجة
Conjoint
أبناء
Enfants
الإسم الشخصي
Prénom
الإسم الشخصي
Prénom
تاريخ الإلزام
Date de naissance
تاريخ الإلزام
Date de naissance

في حالة الجرح
En cas de blessure

أشهد بشرفني على صحة المعلومات المبنية بهذا المطبوع
هل يتعلّق الأمر بحادث تسبّب فيه الغير؟
S'agit-il d'un accident occasionné par tiers ? _____
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 لقائمة الأعمال الطبية Désignation des actes suivant nomencat	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوصات والتحليلات الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع خاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
٢٦/١٢/٢٠٢٢	٦٥	-	-	٤٠٧٩٥٣	٢٠٢٢/١٢/٢٦

الفحوصات 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

Dr. Omar TOUZANI

Spécialiste en : Biologie de la Reproduction et Oncofertilité -
 Hématologie - Immunologie - Biochimie - Bactériologie
 Virologie Clinique - Biologie moléculaire et génétique
Ancien interne des Hôpitaux de Marseille

FACTURE N° : B230104034

Casablanca le 04-01-2023

M Youssef KETTANI

Date de l'examen : 04-01-2023

INPE : 093064350

Analyses :

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E25
0147	Transaminases P (TGP)	B50
0146	Transaminases O (TGO)	B50
	HbA1c	B100

Total des B : 200

TOTAL DOSSIER : 293 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent quatre-vingt-treize dirhams

Laboratoire TOUZANI AL QODS
 567, Bd. Al Qods Al Ani Chock
 Casa Tél: 0522 87 22 23/24
 INPE: 093064350
 ICE: 002533445000027

ORDONNANCE

Casablanca le, 20.12.22

H.R Keltoui Youssef

- GOT / GPT

- UBAIC



Entrée	Sortie
10/12/2022	20/12/2022

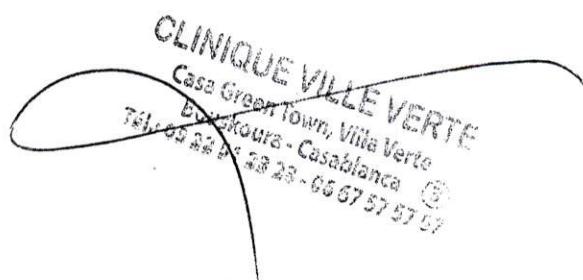
Initiaire	Montant
400,00	400,00
Plus-Total	400,00
	400,00

général	400,00

Il encaissé	Solde
400,00	0,00

CLINIQUE VILLE VERTE (CVV) : Casa Green Town, Villa Verte Bouskoura 20180 - Casablanca
Tél.: +212 (0)5 22 51 23 23 (LG) - E-mail: contact@cvv.ma - www.cvv.ma
ICE : 001816946000014

Urgences 24h/24 : 06 67 57 57 57



17 JAN 2023

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° 947887

متقاعد - في الخدمة المدنية - متدرّب - مؤقت - إطار عالي
Hors Classification - Temporaire - Stagiaire - Civiliste - Retraitéالرقم التسلسلي
Matriucle 79107151F الإدارة
Direction DFC القسم
Divisionالإسم العائلي
Nom KETTANI Prénom Youssefالطلباً : الموافقة المسبقة قبل إجراء أي عملية جراحية، أو تركيب
جهاز إصطناعي للأستان أو الشروع في أية علاجات خاصة
طويلة المدىهوية المريض
IDENTITE DU MALADE

المنخرط Adhérent	الإسم الشخصي Prénom	تاريخ الإزدياد Date de naissance
زوجة Conjoint		
أبناء Enfants	الإسم الشخصي Prénom	تاريخ الإزدياد Date de naissance

في حالة الجرح
En cas de blessureأشهد بشرف على صحة المعلومات المبوبة بهذا المطبوع
هل يتعلق الأمر بحادث تسبب فيه الغير؟
S'agit-il d'un accident occasionné par tiers ? _____ J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnésالمرجو إلحاق هذه الورقة بتصريح يوضح ظروف الحادث
وتوقعه 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 بعلاج الأسنان واستبدالها بأجهزة اصطناعية Partie réservée aux soins et prothèses dentaires

الجهة العليا

H

الجهة العليا

H

D 2 5
0 0

الجهة اليمنى

D 0 0
2 5

الجهة اليسرى

G 8 0
7 0

الجهة السفلية

B

H

٢١١
B

المعامل

Cœfficients masticatoirs :

العلاجات أو الأجهزة الإصطناعية المقترحة Soins et prothèses préconisés

inspiration + Deltahyp
en deux parties
C_S + D_{AS} × 2.

توقيع الطبيب

Signature du Praticien

تملاً المذكرة السرية تلقائياً وترفق بهذه الورقة

La note confidentielle doit être systématiquement établie et jointe à la présente feuille

BCSS	ACCORD EXCEPTIONNEL POUR PROTHESE DENTAIRE	
	N° et Date	Signature
CMICAS	ACCORD POUR PRISE EN CHARGE	
	N° et Date	Signature

مبلغ الاتعاب

Honoraires :

$$\underline{300 + 700 = 1000}$$

Nilla dum

توقيع الطبيب الذي يشهد على صحة تاريخ
احراء العلاجات

Signature du praticien attestant la validité de l'exécution
des soins

Dr. F. EL FASSI BOU
Chirurgie Dentiste
ORTHODONTIE
Stage A 10 - C

التاريخ Date