

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0015328

173043

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12274

Société : SN

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Choueissou ONN kaltome.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066277473 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même

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) : .....

## 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

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-015328

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).



**Etat des remboursements médicaux BCSS libre choix**  
**Année 2023**



Mle	Num Dossier	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
<b>Total:</b>						<b>22 787,30</b>	<b>6 702,49</b>	<b>1 373,81</b>	<b>8 076,30</b>



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° 536724

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

الرقم التسلسلي Matricule	الادارة Direction	القسم Division
-----------------------------	----------------------	-------------------

الإسم العائلي Nom	الإسم 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 إصطناعي للأسنان أو الشروع في أي علاجات خاصة طويلة المدى

## هوية المريض

## IDENTITE DU MALADE

المنخرط Adhérent	KETTANI	Youssef
زوجة Conjoint	الإسم الشخصي Prénom	تاريخ الإزدياد Date de naissance
أبناء 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 بشرفني على صحة المعلومات المبنية بهذا المطبوع

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

الرجو إلتحاق هذه الورقة بتصريح 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

T. DRH / BCSS  
Le 19/6/2023

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 nomenci	تسليم ورقة الكتشاف Délivrance d'une ordonnance	فحوص والتحليلات الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع خاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
29/11/2011	C	—	—	25000	

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 noménclature	مبلغ الأتعاب Honoraires perçus	توقيع الطبيب وخاتم المؤسسة المصوحة 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 - الاستشفاء  
- عملية جراحية  
- العلاجات الخاصة

Nature de l'acte médical	نوعية العمل الطبي	Montant	المبلغ

إطار خاص بالصيدلي أو النظاراتي

Partie réservée au Pharmacien ou à l'Opticien

## فاتورة الصيدلي أو النظاراتي Facturation du Pharmacien ou de l'Opticien

التعريف بالتفصيل Tarification détaillée	الثمن الإجمالي Prix Total
Mehs pole	146,00
Macdeccarol powder	111,70
Amy Koleini	156,60
FPT PSD	222,50
Nomyc 150 L10PA	145,80
<del>MAINTENANCE STATION PLANT INSPECTION &amp; REPAIRS Centro de Inspección y Reparación de la Planta</del>	

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

**توقيع و خاتم الصيدلي أو النظاراتي**  
**Signature et Cachet du Pharmacien**  
**ou de l'Opticien**

أصدقوا هنا قسائم وبطاقات الأئمنة  
حسب ترتيب الدواء الموصوف

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

في حالة عدم وجود القسمائم يجب  
سحب الأئمة بالمطبوعات الخاصة  
بيانات الأدوية

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

**المبلغ الإجمالي للمنتجات**  
**Montant brut des produits**

771,00

**المبلغ المؤدى فعلا**  
**Somme effectivement perçue**

تاریخ التذکرة الطيبة

**Date de l'ordonnance**

تاریخ الفاتورة  
Date de la facture

Docteur Bachir LAZRAK

Ass. Professeur et chef  
de Service au C.H.U.

Dermatologie - Vénérologie

Chirurgie Dermatologique

Greffé de Cheveux

7, Place du Golan - RABAT

Tél. : 05 37 70 22 04

*Sur Rendez-vous*

الدكتور بشير الأزرق

أستاذ ورئيس مصلحة  
بالمراكز الجامعي

اختصاصي في الأمراض

الجلدية والتالسيمية

جراحة الجلد

زرع الشعر

7, ساحة الجولان - الرباط

05 37 70 22 04

بالموعد

Keffani Youssef

Rabat, le..... 29 AVR 2022

sur le visage: Appliquer:

140,00

MERO pommeade

41,00

avec TADECASSOL poudre

ongles :

Main : ONYKoline - Vernis

156,60

Pied : liner Appliquer:

228,00

EPTA PSO Vernis

72.90x2 Preuve NYC 1c/semaine

8 semaines.

711,40

Dr. Bachir LAZRAK  
DERMATOLOGIE  
7, Place du Golan - Rabat  
Tél.: 05 37 70 22 04