

## 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

M23-0015329

173042  
SN

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12274 Société : SN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Guessous ou M. Kalloune

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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 M23-015329

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).



Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :





**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    |

المكتب المشترك للضمان الإجتماعي

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 - 05.22.66.80.80

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

ورقة العلاجات

رقم المرجع

N° de Référence

FEUILLE DE SOINS

N° 536719

|   |                        |                   |
|---|------------------------|-------------------|
| متقاعد - في الخدمة المدنية - متدرب - مؤقت - إطار عالي<br>Hors Classification - Temporaire - Stagiaire - Civiliste - Retraité  |                        |                   |
| الرقم التسلسلي<br>Matricule   | الإدارة<br>Direction   | القسم<br>Division |
| 719045F   | DFC                    |                   |
| الاسم العائلي<br>Nom  | الاسم الشخصي<br>Prénom |                   |
| KETTANI   | Youssef                |                   |
| DEMANDER : l'accord préalable pour toute intervention chirurgicale, prothèse dentaire et soins spéciaux de longue durée<br>اطلبوا : الموافقة المسبقة على إجراء أية عملية جراحية، أو تركيب جهاز إصطناعي للأسنان أو الشروع في أية علاجات خاصة طويلة المدى |                        |                   |

هوية المريض

IDENTITE DU MALADE

|                     |                        |                                     |
|---------------------|------------------------|-------------------------------------|
| المنخرط<br>Adhérent |                        |                                     |
| زوجة<br>Conjoint    | الاسم الشخصي<br>Prénom | تاريخ الإزدياد<br>Date de naissance |
| أبنائه<br>Enfants   | الاسم الشخصي<br>Prénom | تاريخ الإزدياد<br>Date de naissance |
| Ismail              |                        |                                     |

في حالة الجرح

En cas de blessure

هل يتعلق الأمر بحادث تسبب فيه الغير؟

أشهد بشرفي على صحة المعلومات المبينة بهذا المطبوع

S'agit-il d'un accident occasionné par tiers ?

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

المرجو إلحاق 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

T. DRH / BCSS  
le 19/6/2023  
par B. DFC / 2023



## إطار خاص بالخدمات الطبية

## Partie réservée aux actes médicaux

| تاريخ إجراء الأعمال الطبية<br>Date des actes médicaux | بيان الخدمات وفق قائمة الأعمال الطبية<br>Désignation des actes suivant nomenclature | تسليم ورقة الكشف<br>Délivrance d'une ordonnance | فحوص والتحليلات الموصوفة<br>Examens et analyses prescrits | مبلغ الأتعاب<br>Honoraires perçus | توقيع خاتم الطبيب<br>Signature et cachet du médecin  |
|---|---|---|---|-----------------------------------|--|
| 10/5/22   | فحص   |   |   | 500 dh                            | Dr. Zineb EL AYOUBI<br>Pédopsychiatre<br>124, Rue Ahmed El Ismaili, Angle<br>Bd Bir Anzarlane, Rés Aya, 2e Etage<br>N° 6, Maarif, Casablanca<br>Tél: 05 22 43 78 54 - 06 61 07 99 79 |
|   |   |   |   |                                   |  |
|   |   |   |   |                                   |  |
|   |   |   |   |                                   |  |
|   |   |   |   |                                   |  |

## الفحوص والتحليلات الموصوفة

## Examens et analyses prescrits

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

## إطار خاص بالأعمال الطبية العادية

## Partie réservée aux actes médicaux courants

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

## ENTENTE PRÉALABLE

## الموافقة المسبقة

- Pour - Hospitalisation  
- Intervention chirurgicale  
- Soins spéciaux

- ل - الإستشفاء  
- عملية جراحية  
- العلاجات الخاصة

| المبلغ | Montant | نوعية العمل الطبي | Nature de l'acte médical |
|--------|---------|-------------------|--------------------------|
|        |         |                   |                          |
|        |         |                   |                          |
|        |         |                   |                          |
|        |         |                   |                          |
|        |         |                   |                          |



Casablanca, le : 10/11/2022 : الدار البيضاء في :

Ismail Kettani

Pédiatrie comme

le soir

Dr Zineb IRAQI  
Pédopsychiatre  
134, rue Ahmed El Joumari Angle Boulevard Bir Anzarane Résidence Aya - 2<sup>ème</sup> étage - N° 6 Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79