

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.

M23-0015325

SN

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12e74 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

sum kaltou chessaoui

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-015325

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 Dossie	Nom Per	Prenom Per	Raison Sociale Executant	Lib Specialite Default 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 Dossier	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



Dr. Sanae LRHAZI

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngologie et
chirurgie cervico-faciale

Diplôme de vertige et troubles de l'équilibre
surdité, Ronflement et Allergie ORL
Acouphène, Pathologie de la voix,
Goitre

Ref. 854
N° 79075F

د. سناة الغازى

إختصاصية

أمراض وجراحة الأذن الأنف والحنجرة
جراحة الوجه والعنق

دبلوم علاج الدوخة وأضطراب التوازن
تشخيص وعلاج الصمم، الشخير والحساسية
طنين الأذن، اضطراب الصوت،
الغدة الدرقية

Ordonnance

Pds. 19 kg

Le : 18/5/92

enfant

Kettan

Isman

1) Anaflon stick
90,00

stick

stick
4,08

2) Nebo ac -
140,00

sapp 2/1

3) Fanoz 510g
63,00

1 dose 19 x 31 -
44,08

Adresse : Bd. Abou Bakr El Kadiri, Résidence Naim, Imm N° Appt 3, 1^{er} étage -
362.92.00.00
Tel : +212 522 78 00 88 - +212 657 07 64 07 - Email : sanaelrhazi@gmail.com

إطار خاص بالخدمات الطبية

Partie réservée aux actes médicaux

بيان الخدمات وفقاً قائمة الأعمال الطبية Désignation des actes suivant nomenci	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
18/05/83	CS			Dr. ORU

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

- لـ الاستشفاء
 - عملية جراحية
 - العلاجات الخاصة

Nature de l'acte médical	نوعية العمل الطبي	Montant	المبلغ

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 SOINS

رقم المرجع
N° de Référence

N° 915854

متقاعد - في الخدمة المدنية - متدرّب - مؤقت - إطار عالي

Hors Classification - Temporaire - Stagiaire - Civiliste - Retraité

الرقم التسلسلي
Matricule ٩١٠٢٥٤
الإدارة
Direction DFC
القسم
Division

الاسم العائلي Nom KETTANI
الإسم الشخصي Prénom Youssef.

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

اطلبوا : الموافقة المسبقة قبل إجراء أية عملية جراحية، أو تركيب جهاز اصطناعي للأنسان أو التبرع في أية علاجات خاصة طولية المدى

هوية المريض

IDENTITE DU MALADE

المنخرط
Adhérent _____

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

أبناء
Enfants _____
Ismail
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 بشرف على صحة المعلومات المبنية بهذا المطبوع

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

المرجو إلهاق هذه الورقة بتصريح يوضح ظروف الحادث
وتوكيعه 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. BCSS par Bn: DFC / 2023
le 23/5/2023