

# 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

- Reclamation : 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.

M23-0015321

SN

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule : <b>12274</b>	Société : <b>173033</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>OU M. Khatoum Lyes son</b>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : ..... Dhs	

Autorisation CNPD N° : A-A215 / 2019

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	
Cachet du médecin :	
 <b>28 AOUT 2023</b> <b>M</b> <b>R</b> <b>ACCUEIL</b> <b>C. NINIA</b>	
Date de consultation : ..... / ..... / .....	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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) :** .....

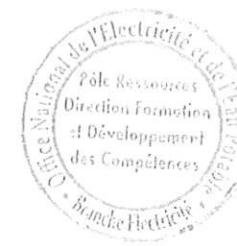
<b>VOLET ADHERENT</b>	
Déclaration de maladie <b>M23-015321</b>	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
 <b>28 AOUT 2023</b> <b>M</b> <b>R</b> <b>ACCUEIL</b> <b>C. NINIA</b>	
Matricule : .....	
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	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>



**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

Casablanca, le 17.11.2021

KETTANI Ismail

**1 ZENTEL 0,4 g/10 ml susp buv : Fl/10ml**

2 flacons

donner un flacon entier en une seule prise et répéter 10 jours plus tard

**2 PEDIAKID SOMMEIL SIROP**

1 cuillère le soir pendant 10 jours

Dr. Rachida CHAMI  
Professeur de Pédiatrie  
Espace Médic Angèle Brahim Roudani et  
Abou Ishak Al Marouni - Casablanca  
Tél : 05 22 99 63 63 / 06 76 99 71 70 - Fax : 05 22 25 38 09 - Mobile : 06 61 439 659

340, Résidence Maârif, Angle Bd. Brahim Roudani et Rue Abou Ishak Al Marouni,  
Tél. : 05 22 99 63 63 / 06 76 99 71 70 - Fax : 05 22 25 38 09 - Mobile : 06 61 439 659



تاریخ الفاتورة  
Date de la facture

## إطار خاص بالخدمات الطبية

Date des actes médicaux	بيان الخدمات وفق قائمة الأعمال الطبية Désignation des actes suivant nomencl	Partie réservée aux actes médicaux			Signature et cachet du médecin Dr. Rachid CHAMI Signature et cachet de l'établissement Etablissement: Dr. Rachid CHAMI El-Houissi: Dr. Rachid CHAMI E-mail: rachidchami63@gmail.com Téléphone: 0521 09 63 63
		تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوص والتحليلات الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoriaires perçus	
٢٢٢٢		٩		٢٠٠	
٢٠٢٢					

## الفحوص والتحليلات الموصوفة

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

## إطار خاص بالأعمال الطبية العادية

## Partie réservée aux actes médicaux courants

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

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° 915843

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

Hors Classification - Temporaire - Stagiaire - Civiliste - Retraité

الرقم التسلسلي  
Matricule ٧٩١٥٢ كـ الإدارية  
Direction DFC القسم  
Divisionالاسم العائلي  
Nom KETTANI Prénom YoussefDEMANDER : 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 للأسنان أو الشروع في أية علاجات خاصة طويلة المدى

هوية المريض

IDENTITE DU MALADE

المنخرط  
Adhérentزوجة  
Conjoint الإسم الشخصي  
Prénom تاريخ الإزدياد  
Date de naissanceأبناء  
Enfants الإسم الشخصي  
Prénom تاريخ الإزدياد  
Date de naissance

في حالة الجرح

En cas de blessure

هل يتعلّق الأمر بحادث تسبّب فيه الغير؟

أشهد بشرفني على صحة المعلومات المبنية بهذا المطبوع  
S'agit-il d'un accident occasionné par tiers ? \_\_\_\_\_ J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnésالرجو إلحاق هذه الورقة بتصريح يوضح ظروف الحادث  
وتوجيهه 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 le 17.5.2023

R3: DFC / 2023