

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12914 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre : 189205

Nom & Prénom : Chehada Ali Ellettaem

Date de naissance : 25/12/78

Adresse : 478, rue des Endles California Golf

Remt, ville natale, Boudaoura

Tél. : 06621711273 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : complément

Nom et prénom du malade : complément 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 : Casa Le : 03/01/24

Signature de l'adhérent(e) : Ali



Etat des remboursements médicaux BCSS
Fin novembre 2023

Date Paiement	Mle	Nom Per	Prenom Per	Num Dossier Soins	Raison Sociale Executant	Lib Specialite Default Executant	Mtt Depense	BCSS	CMCAS	Mtt Remb
17/10/2023	00079075	KETTANI	ISMAIL	922486	ORTHOPHONIE	Orthophonie	5 000,00	840,00	160,00	1 000,00
17/10/2023	00079075	KETTANI	ISMAIL	922485	ORL / OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	ORL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	300,00	100,80	19,20	120,00
17/10/2023	00079075	KETTANI	MEHDI	922484	GASTROLOGIE - HEPATHO-BILIAIRE	GASTROLOGIE-HEPATHOBILAIRE	300,00	100,80	19,20	120,00
17/11/2023	00079075	KETTANI	ISMAIL	915836	PEDIATRIE	PEDIATRIE	350,00	100,80	19,20	120,00
17/11/2023	00079075	KETTANI	ISMAIL	915836	PHARMACIE	PHARMACIE	135,30	113,65	21,65	135,30

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° 922486

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

Hors Classification - Temporaire - Stagiaire - Civiliste - Retraité

الرقم التسلسلي
Matriucleالادارة
Directionالقسم
Division

الإسم العائلي

Nom

الإسم الشخصي

Prénom

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

اصلحوا : 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

Adhérent

زوجة

Conjoint

أبناء

Enfants

KETTANI Yousef.

الإسم الشخصي

Prénom

Tاریخ الإزدیاد

Date de naissance

الإسم الشخصي

Prénom

Tاریخ الإزدیاد

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 إلحاق هذه الورقة بتصريح يوضح ظروف الحادث

وتوفيقه 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

Signature

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 - Tel.: 05.22.22.41.65 - 05.22.66.80.80

رقم المرجع
N° de Référence

ورقة العلاجات

FEUILLE DE SOINS

N° 922486

متقاعد - في الخدمة المدنية - متدربي - مؤقت - إطار عالي
Hors Classification - Temporaire - Stagiaire - Civiliste - Retraitéالرقم التسلسلي
Matriucle ٤٩١٦٥١٤
الادارة
Direction DFC
القسم
Divisionالاسم العائلي
Nom
KETTANI
الإسم الشخصي
Prénom
YoussefDEMANDE : 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 إسطناعي للأسنان أو الشروع في أي علاجات خاصة
طويلة المدى

هوية المريض IDENTITE DU MALADE		
المنخرط Adhérent KETTANI	الإسم الشخصي Prénom Youssef	تاريخ الإزدياد Date de naissance
زوجة Conjoint Ismail	الإسم الشخصي Prénom	تاريخ الإزدياد Date de naissance
أبناء Enfants	الإسم الشخصي Prénom	تاريخ الإزدياد Date de naissance

في حالة الجرح
En cas de blessureهل يتعلّق الأمر بحادث تسبّب فيه الغير؟
S'agit-il d'un accident occasionné par tiers ?

أشهد بشرفي على صحة المعلومات المبنية بهذا المطبوع

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

الرجو إلّاّحاق هذه الورقة بتصريح يوضح ظروف الحادث
وتوفيقه كذلك من طرف الشهود الإحتماليينPrière 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

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 Honoraire perçus	توقيع خاتم الطبيب Signature et cachet du médecin
31/12/2013	CC-1		C	Dr. A. A. A. El Journal Casablanca 24 Rue Ahmed Ben Ali Bd Bir Hakeim 6000 Casablanca Tel: 05 22 75 54 00

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 Honoraire 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
26/07/2013	2000					
	8000					
	1000					
	200					
				5000	DR	Dr. A. A. A. El Journal Casablanca 24 Rue Ahmed Ben Ali Bd Bir Hakeim 6000 Casablanca Tel: 05 22 75 54 00

ENTENTE PRÉALABLE

الموافقة المسبقة 37 525 0000 2880 4CE:00

Pour - Hospitalisation

- Intervention chirurgicale
- Soins spéciaux

ل - الإستشفاء
- عملية جراحية
- العلاجات الخاصة

Nature de l'acte médical	نوعية العمل الطبي	Montant	المبلغ

Cabinet D'orthophonie

Loubna MESSOUSSI
ORTHOPHONISTE



لبني مسوسي
أخصائية تقويم النطق،
الكلام و الصوت

NOTE D'HONORAIRES N°060

Casablanca, le 20/07/23

Nom et Prénom Kettani Esmael

Nombre d'actes réalisés 2 séances d'orthophonie

Honoraires par séance 250,00 Dhs

Montant global 500,00 Dhs

Note d'honoraire acquittée à ce jour.

Loubna MESSOUSSI
Orthophoniste
Rés. Andalous III GH11-14 App. Bouskoura

Résidence Jasmine 4 - 4^{ème} Etage - Appt. 18 - Al Andalous III - Bouskoura - Casablanca

06 64 31 32 02 - 06 64 47 27 42 - ortho.messoussi@gmail.com

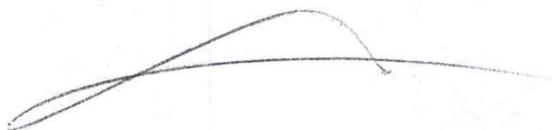
N° Autorisation: 15837



الدار البيضاء في : 317123
Casablanca, le :

lectani — smar

Le siège d'orthographe



زنقة احمد جوماري زاوية شارع بنر أنزاران إقامة آية - الطابق الثاني - رقم 6 المعريف - الدار البيضاء
134, rue Ahmed El Joumari Angle Boulevard Bir Anzarane Résidence Aya - 2^{ème} étage - N° 6 Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79 - e-mail: dociraqi@gmail.com