

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 canaux, 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 canaux.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23- N° 0031564

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12274

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

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 : 2024

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

Etat des remboursements médicaux BCSS
Fin novembre 2023

Date Paiement	Mle	Nom Per	Prenom Per	Num Dossier Soins	Raison Sociale Executant	Lib Specialite Defaut 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

ورقة العلاجات
FEUILLE DE SOINS

رقم المرجع
N° de Référence

N° 922484

متقاعد - في الخدمة المدنية - متدرب - مؤقت - إطار عالي Hors Classification - Temporaire - Stagiaire - Civiliste - Retraité		
الرقم التسلسلي Matricule	الإدارة Direction	القسم Division
791075	DFC	
الاسم العائلي Nom	الاسم الشخصي Prénom	
KETTANI	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 إصطناعي للأسنان أو الشروع في أية علاجات خاصة طويلة المدى		

هوية المريض IDENTITE DU MALADE		
المنخرط Adhérent	KETTANI Youssef	
زوجة Conjoint	الاسم الشخصي Prénom	تاريخ الإزدياد Date de naissance
أبنائه Enfants	الاسم الشخصي Prénom	تاريخ الإزدياد Date de naissance
Nehdi		

في حالة الجرح
En cas de blessure

هل يتعلق الأمر بحادث تسبب فيه الغير؟
S'agit-il d'un accident occasionné par tiers ?

أشهد بشرفي على صحة المعلومات المبينة بهذا المطبوع
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

(Signature)

إطار خاص بالخدمات الطبية

Partie réservée aux actes médicaux

تاريخ إجراء الأعمال الطبية Date des actes médicaux	بيان الخدمات وفق قائمة الأعمال الطبية Désignation des actes suivant nomenclature	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
01/09/2023		5		300 MM	

الفحوص والتحليلات الموصوفة

Examens et analyses prescrits

تاريخ إجراء 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 المبحية Signature du médecin et cachet de l'établissement

إطار خاص بالأعمال الطبية العادية

Partie réservée aux actes médicaux courants

التاريخ Date	الأعمال المزاوله Actes pratiqués	العدد Nombre	التمن P.U.	التمن 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 - الإستشفاء
- عملية جراحية
- العلاجات الخاصة

المبلغ Montant	نوعية العمل الطبي Nature de l'acte médical

Dr Loubna ZAIDI

Spécialiste en

Hépatogastroentérologie
Proctologie Médicale et Chirurgicale
Echographie Abdominale
Endoscopie Digestive



الدكتورة لبنى زايدى

إختصاصية في

أمراض الجهاز الهضمي - أمراض الكبد
علاج وجراحة أمراض المخرج : البواسير والدمل
الفحص بالصدى - الفحص بالمنظار

Casablanca, le

01/09/2023

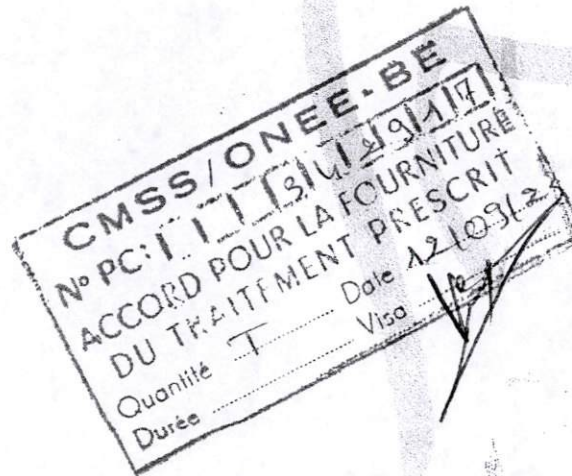
الدار البيضاء، في

7 le 79075
Ref. 922484

GARÇON KETTANI MEHDI

- **Duphalac 10 g / 15 ml - solution buvable**
2 Cuillère à soupe, matin, soir, pendant 5 jours si constipation

- **Zetalax lavement rectal**
1 lavement rectal si constipation



occasionnés par les soins effectués dans l'établissement
qu'à la fin de la totalité des soins. Le cas non échéant,
à l'accord préalable de notre Mutuelle. La facture
le numéro de la prise en charge est à adresser à :
ciale - ONEE-BE/Roches Noires - BP.3104 -
te des soins facturés ne sera payée. Aucun
à la CMSS dans un délai de 15 jours.