

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11274

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Guopay

deem kelbous

Date de naissance :

25/12/78

Adresse :

678, rue des Endles CGN, ville

ville :

veste, Bouslous

Tél. : 06 62 77 61 27

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Couple Meut

Nom et prénom du malade :

Age :

Lui-même

Lien de parenté :

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pathologie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

03 JAN. 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) :



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

رقم المرجع

N° de Référence

ورقة العلاجات

FEUILLE DE SOINS

N° 922484

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

Hors Classification - Temporaire - Stagiaire - Civiliste - Retraité

الرقم التسلسلي Matriucle	الادارة Direction	القسم Division
٦١٥١٧٩١	DFC	

الإسم العائلي Nom	الإسم الشخصي Prénom
KETTANI	Youssef

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

اطلبوا : الموافقة المسبقة قبل اجراء أية عملية جراحية، أو تركيب جهاز اصطناعي للأسنان أو الشروع في أية علاجات خاصة طويلة المدى

هوية المريض

IDENTITE DU MALADE

المنخرط Adhérent	KETTANI	Youssef
---------------------	---------	---------

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

أبناء Enfants	Dehdi	الإسم الشخصي Prénom	تاريخ الإزدياد Date de naissance
------------------	-------	------------------------	-------------------------------------

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 المبنية 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

إطار خاص بالخدمات الطبية

Partie réservée aux actes médicaux

بيان الخدمات وفق قائمة الأعمال الطبية Désignation des actes suivant nomenci	تسليم ورقة الكشف Délivrance d'une ordonnance	فحوص والتحليلات الموصوفة Examens et analyses prescrits	مبلغ الأتعاب Honoraire perçus	توقيع خاتم الطبيب Signature et cachet du medecin
٢٠٢٣/٥/١٥	CS	300 DM		

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 Honoraire perçus	توقيع الطبيب وخاتم المؤسسة الصحية Signature du medecin et cachet de l'établissement

إطار خاص بالأعمال الطبية العادية

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

- Hospitalisation
- Intervention chirurgicale
- Soins spéciaux

- الإستشفاء
- عملية جراحية
- العلاجات الخاصة

Nature de l'acte médical	نوعية العمل الطبي	Montant	المبلغ

الدكتورة لبنى زايدى

اختصاصية في

أمراض الجهاز الهضمي - أمراض الكبد

علاج وجراحة أمراض المخرج : البواسير والدمى

الفحص بالصدى - الفحص بالمنظار



Dr Loubna ZAIDI

spécialiste en

Hépato-gastroenterologie

Proctologie Médicale et Chirurgicale

Echographie Abdominale

Endoscopie Digestive

01/09/2023

Casablanca, le

ن° 79075

Rif. 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



Handwritten signature in black ink.