

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

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 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 : 3253

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUDOURCH MASSAN

198366

Date de naissance : 10/04/1955

Adresse : 85 Lot EPIWAL ETG 1 APP 4 Maroc

Tél. : 06 24 03 03 13 Total des frais engagés : 1721 Dhs 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 : 

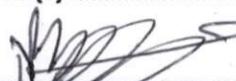
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca

Le : 26/01/2014

Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

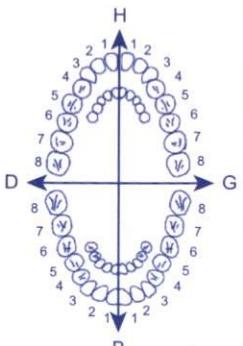
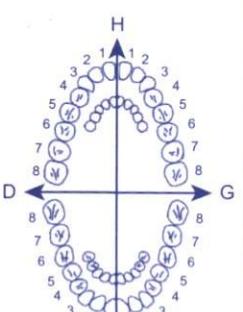
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ophtalmologiste

Diplômée de la Faculté de médecine de Paris

Ex praticienne des hôpitaux de France

Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte et du glaucome

Chirurgie réfractive au laser

Adaptation des lentilles de contact

Rétine médicale

Agrée pour permis de conduire

• اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

• خريجة كلية الطب بباريس

• اختصاصية ملحقة سابقاً بالمستشفيات الفرنسية

• عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون

• جراحة العدسة، جراحة القرنية بالليزر

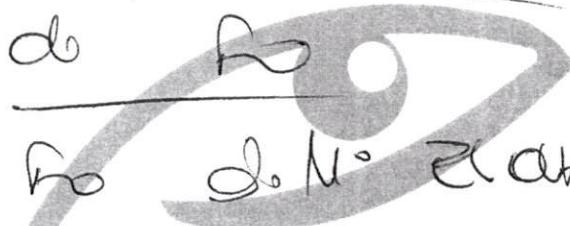
• تركيب العدسات اللاصقة

• أمراض الشبكة

• مرخصة لاطعاء شهادة القدرة على القيادة

Casablanca, le

07/11/23

Compte Rendu

KHADJA n'a objective pas

de maladie héréditaire

au fil par APS

mais à compléter par

OT mac + VC + CM

39, زقورة الفرات 20370 - الدار البيضاء
Dr OUKACHA GHIZLANE39, Rue Al Fourat, 1^{er} étage, N° 10, Casablanca

E-mail: droukachaghizlane@outlook.com, INTRANET: 10370-222250, Fax: 05 27 77 33 67122

Tél: 05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71



Ophtalmologiste

Diplômée de la Faculté de médecine de Paris

Ex praticienne des hôpitaux de France

Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte et du glaucome

Chirurgie réfractive au laser

Adaptation des lentilles de contact

Rétine médicale

Agrée pour permis de conduire

- اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

- خريجة كلية الطب بباريس

- اختصاصية ملحقة سابقاً بالمستشفيات الفرنسية

- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون

- جراحة العدسة. جراحة القرنية بالليزر

- تركيب العدسات اللاصقة

- أمراض الشبكة

- مرخصة لإعطاء شهادة القدرة على السياقة

-

Casablanca, le

07/07/23

M. El QUARRARI KHALID

Perf Perf

Op. macula, b

(Bilan de la pa. ARS)

DR. Ghizlane OUKACHA
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE
39, Rue Al Fouad, n° 10, 1er étage
Maârif Extension 20370 Casablanca
Tél. 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

CLINIQUE STENDHAL
18, Avenue Stendhal, CM
Casablanca - Tél. 05 22 47 15 94 - Fax: 05 22 99 34 51

39, زنقة الفرات - الطابق الأول، رقم 10 المعارض - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1^{er} étage, N 10 Maârif extension, 20370 Casablanca

 droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

 05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71

Ophtalmologiste

Diplômée de la Faculté de médecine de Paris

Ex praticienne des hôpitaux de France

Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte et du glaucome

Chirurgie réfractive au laser

Adaptation des lentilles de contact

Rétine médicale

Agree pour permis de conduire

• اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

• خريجة كلية الطب بباريس

• اختصاصية ملحقة سابقاً بالمستشفيات الفرنسية

• عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون

• جراحة العدسة. جراحة القرنية بالليزر

• تركيب العدسات اللاصقة

• أمراض الشبكة

• مرخصة لاعطاء شهادة القدرة على السياقة



Casablanca, le

07) 11/23

Cher ami
 Merci d'avoir fait
 1 CV 10 centimes
 2 Vision des couleurs
 (Ballon, d. 10 par APS)

Ghislane OUKACHA
 SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE
 39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er Etage
 Maârif Extension 20370 - Casablanca
 Tel: 05 22 23 55 59 Fax: 05 22 78 55 49

39, زنقة الفرات - الطابق الأول، رقم 10 المعاريف 20370 - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1^{er} étage, N 10 Maârif extension, 20370 Casablanca

 droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

 05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71

CLINIQUE STENDHAL

F A C T U R E

N° 13 337 / 2023 du 17/11/2023

Nom patient	EL OUARRARI KHADIJA	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	17/11/2023	17/11/2023

OCT

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
OCT	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total				1 000,00

		Total général	1 000,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>			
MILLE DIRHAMS			

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	1 000,00				1 000,00	0,00

CLINIQUE STENDHAL

18, Avenue Stendhal, CM

Casablanca -

Tél. : 05 22 47 15 94 - Fax : 05 22 99 34 51

CLINIQUE STENDHAL - SARL AU

18, Avenue Stendhal – Cité Plateau – Casablanca – Tél : 05 22.47.15.94 – Fax 05 22.99.34.51

Patente N° : 34701064 – Ident. Fisc. : 20697395 – C.N.S.S. : 5200738 – ICE : 001754572000095

R.C. : 362219 – E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com

Docteur OUKACHA GHIZLANE

الدكتورة عوكشة غزلان



- Ophtalmologiste
- Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
- Ex praticienne des hôpitaux de France
- Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la cataracte et du glaume
- Chirurgie réfractive au laser
- Adaptation des lentilles de contact
- Rétine médicale
- Agrée pour permis de conduire

- اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحقة سابقاً بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة . جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكة
- مرخصة لاعطاء شهادة القدرة على السياقة

Casablanca, le 07 novembre 2023

Mme EL OUARRARI Khadija

196/

1/ VISMED GEL UD

ou collyre

3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

125/

2/ EYE GEL

une application 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

321/

PHARMACIE ACHARAF SARI
Dr SAHIB Mohammed Amine
16, Rue Socrate Maârif - Casablanca
Tel: 05 22 25 22 09

Dr. Ghizlane OUKACHA
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE
39 Rue Al Fourat, n° 10, 1er Etage
Maârif Extension 20370 - Casablanca
Tel: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

زنقة المفرات - الطابق الأول، رقم 10 المعارض 20370 - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1^{er} étage, N 10 Maârif extension, 20370 Casablanca

droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71

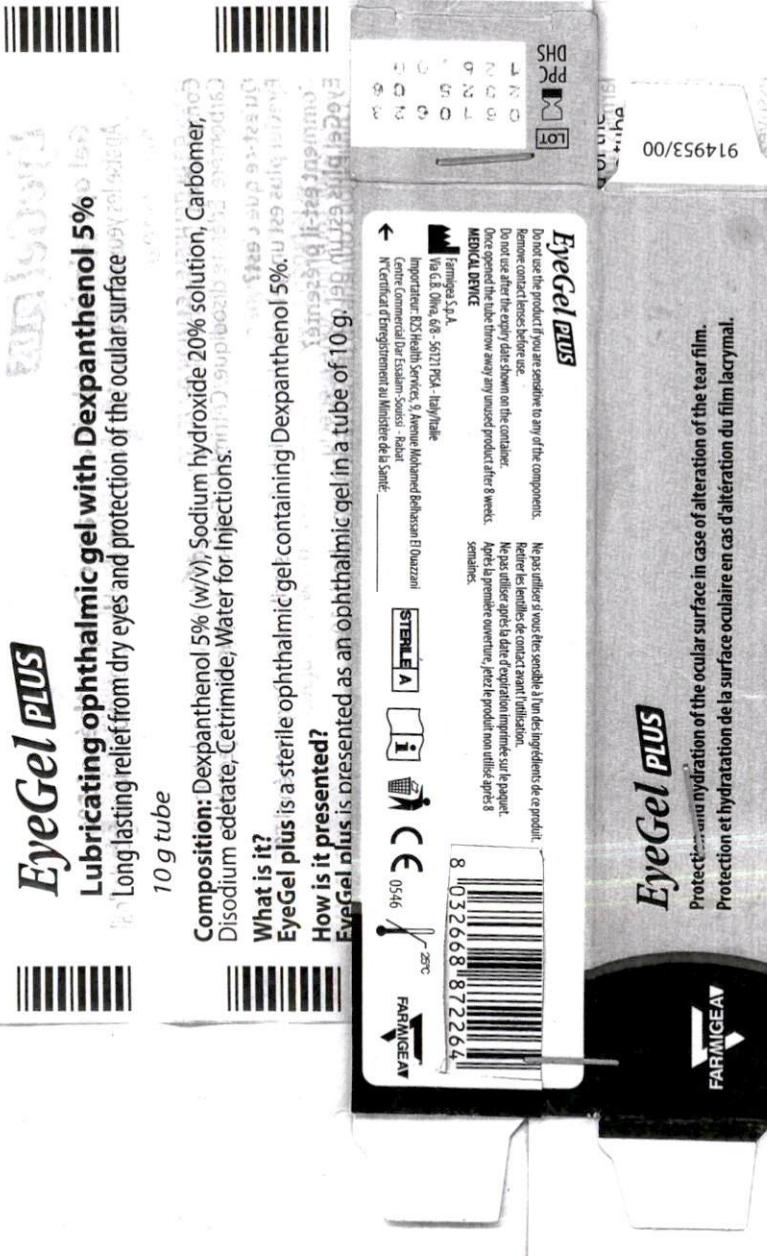
912844/00

EyeGel PLUS

Lubricating ophthalmic gel with Dexpanthenol 5%

Long-lasting relief from dry eyes and protection of the ocular surface

10 g tube



Composition: Dexpanthenol 5% (w/v), Sodium hydroxide 20% solution, Carbomer, Disodium edetate, Cetrimide, Water for injections.

What is it?

EyeGel plus is a sterile ophthalmic gel containing Dexpanthenol 5%.

How is it presented?

EyeGel plus is presented as an ophthalmic gel in a tube of 10 g.

EyeGel PLUS

Protection and hydration of the ocular surface in case of alteration of the tear film.
Protection et hydratation de la surface oculaire en cas d'altération du film lacrymal.

Precautions and warnings:

INSTRUCTIONS FOR USE

VISMED® GEL MULTI

Sodium hyaluronate from fermentation 0.3%.
Hydrogel for sustained lubrication of the eye.
Sterile, free from preservatives.

Composition: 1 ml solution contains sodium chloride, potassium chloride, disodium phosphate, calcium chloride and water for injection.

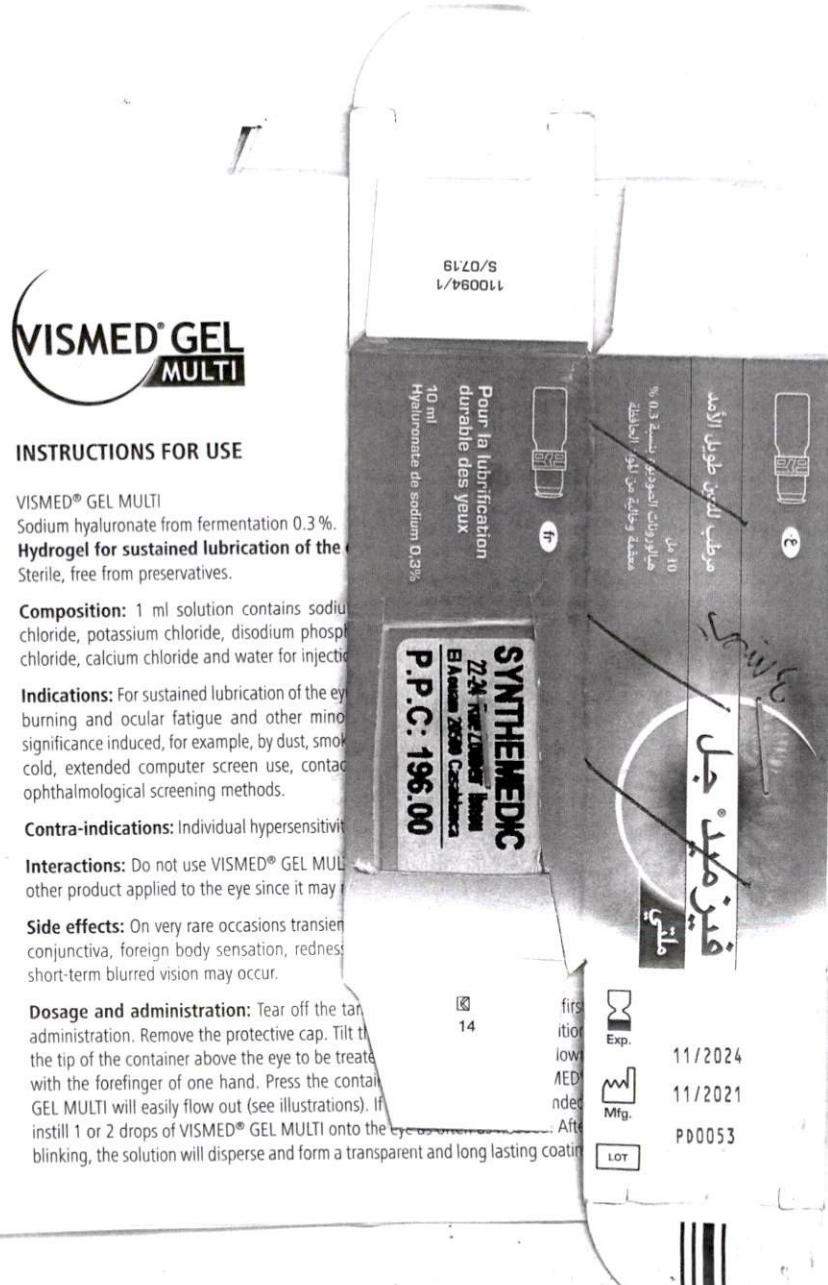
Indications: For sustained lubrication of the eye, burning and ocular fatigue and other minor significance induced, for example, by dust, smoke, cold, extended computer screen use, contact ophthalmological screening methods.

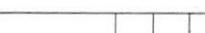
Contra-indications: Individual hypersensitivity.

Interactions: Do not use VISMED® GEL MULTI with other product applied to the eye since it may irritate.

Side effects: On very rare occasions transient conjunctiva, foreign body sensation, redness, short-term blurred vision may occur.

Dosage and administration: Tear off the tamper-evident seal. Remove the protective cap. Tilt the tip of the container above the eye to be treated with the forefinger of one hand. Press the container. VISMED® GEL MULTI will easily flow out (see illustrations). If instill 1 or 2 drops of VISMED® GEL MULTI onto the eye, after blinking, the solution will disperse and form a transparent and long lasting coating.



بيانات الأشخاص المنشطة والصور				
البيانات المنشطة	رقم العملية	نوع العملية	المبلغ المفوتر	توقيع طبيب الأشعة أو الأحياني
Date des actes	Code des actes	Lettre clé+ cotisation NGAP / NABM	Montant facturé	Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
٢٠٢٣/١١/٢٣	021		١٠٠٠,٠٠	CLINIQUE STANDHA 18, Avenue de la Gare Tel : 05 22 47 15 34
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
نارخ التنفيذ Date d'exécution	الشمن المفروت Prix facturé	توقيع وطاقع الصيادلاني أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
7/11/23	321,-	 PHARMACIE ACHARAF SARL Dr SAHIB Mohammed Amine 5, Rue Socrate Maârif Casablanca Tél: 05 22 25 22 09
INPE et code à Barres INPE: 092001262		
INPE et code à Barres INPE: 1111111111111111		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06
مرجع رقم : 610-2-06

الصفحة

Page 1 / 1

المرسل إليه

N° d'immatriculation 119015850 رقم التسجيل
Règlements de la période أداءات الفترة
du : 10/01/2024 من
au : 10/01/2024 إلى

Destinataire
EL OUARRARI KHADIJA

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
EL OUARRARI KHADIJA											
124153561	07/11/2023	TDM	Clinique Privée	1000,00	1000,00	1,00	1,00	1000,00	70,00	10/01/2024	700,00
124153561	07/11/2023	CS	Clinique Privée	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	10/01/2024	105,00
124153561	07/11/2023	D234	Clinique Privée	100,00	247,50	11,00	1,00	247,50	70,00	10/01/2024	70,00
Total remboursé						مجموع مبلغ التعويض					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					
875,00											

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :
merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO D'AMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق المحفظ
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أبو الضمان على الأرقام

N° dossier	Type de dossier	Date de dépôt	Agence de dépôt	Date des soins	Montant des soins (MAD)	Bénéficiaire	Détail
124153561	Dossier de remboursement	02/01/2024	SOCRATE	07/11/2023	1721	EL OUARRARI KHADIJA	

« < 2024 > »

N° Immatriculation

119015850

Nom et prénom

EL OUARRARI KHADIJA

Date de naissance

10/01/1967

CNI/

DÉTAIL AMO

X

Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
124153561	875	Envoyé à l'assuré	10/01/2024		Virement assuré

Fermer