

## 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

- 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.

**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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0020747

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3253 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 192366  
Nom & Prénom : BOUDOUCH HASSAN  
Date de naissance : 10/04/1955  
Adresse : 85 Lot EPIVAL ETG 1 APPEL 4 Mohamm  
Tél. : 0624030343 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 : ..... 97

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 : 26/07/2024

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### RELEVÉ 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 Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

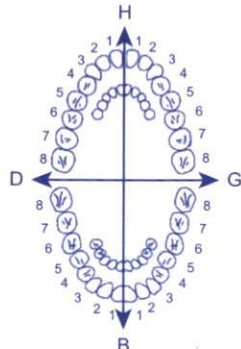
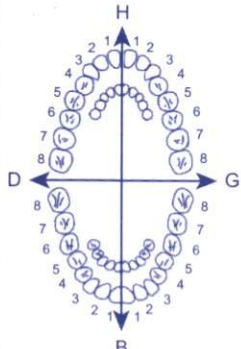
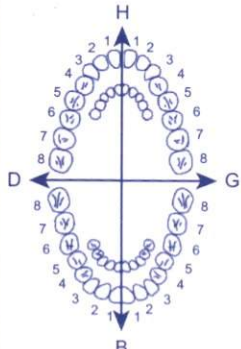
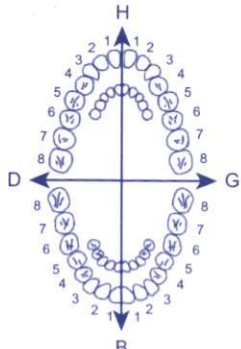
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ 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 canaux, 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"/>	
		<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  00000000  35533411  <b>G</b> </div> </div> <b>B</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
			<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>					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



Ophthalmologist

Diplômée de la Faculté de médecine de Paris

Ex praticienne des hôpitaux de France

Membre de l'Association Française d'Ophthalmologie

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 ملحقه سابقا بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة . جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكية
- مرخصة لإعطاء شهادة القدرة على القيادة

Casablanca, le 07/11/23

Compte Rendu

de

de N° 20370

KHACHEN n'objets pas

de maculopathie liée

au tel par APS.

mais à compléter par

OT + MC + VC + CV10

39, Rue Al Fourat, 1<sup>er</sup> étage N° 20370 - Casablanca

39, Rue Al Fourat, 1<sup>er</sup> étage N° 20370 - Casablanca

☑ droukachaghizlane@gmail.com / 05 22 23 55 59 / 06 28 90 21 71

☎ 05 22 23 55 59 / 06 28 90 21 71



Ophthalmologist

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 سابقا بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة . جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكية
- مخصصة لإعطاء شهادة القدرة على السياقة

Casablanca, le

07/11/23

M<sup>e</sup> EL OUARRARI KHADJA

Fauv Fauv

O G moulab

(Blen de tu pa. ARS)

Dr. Ghizlane OUKACHA  
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE

39, Rue Al Fourat, n° 10, 1<sup>er</sup> étage  
Maarif 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، زقاق الفرات — الطابق الأول، رقم 10 المعاريف 20370 — الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1<sup>er</sup> étage, N 10 Maarif 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

Agrée pour permis de conduire

- اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحقه سابقا بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة . جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكية
- مرخصة لإعطاء شهادة القدرة على السياقة

Casablanca, le 07 / 11 / 23

Cher ami  
Mera d. far far

1 / 10 CV = centaur

2 / Vision des couleurs  
(Bilan , ok tu par APS)

.. Ghizlane OUKACHA  
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE  
39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er Étage  
Maarif Extension 20370 - Casablanca  
Tél: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

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

39, Rue Al Fourat, 1<sup>er</sup> étage, N 10 Maarif extension, 20370 Casablanca

✉ droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

☎ 05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71

## FACTURE

N° 13 337 / 2023 du 17/11/2023

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

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
Arrêtée la présente facture à la somme de :	
MILLE DIRHAMS	

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	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

## الدكتورة عوكشة غزلان



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

Mme EL OUARRARI Khadija

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

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

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

39, Rue Al Fourat, 1<sup>er</sup> 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**

Do not use the product if you are sensitive to any of the components.  
Remove contact lenses before use.  
Do not use after the expiry date shown on the container.  
Once opened the tube throw away any unused product after 8 weeks.  
MEDICAL DEVICE

Farmigel S.p.A.  
Via G.L. Onna, 6/6 - 56121 PISA - Italy/Italie  
Importateur: B23 Health Services, 9 Avenue Mohamed Belkassen El Ouarzani  
Centre Commercial Dar Essalam Soussi - Rabat  
N°Certificat d'Enregistrement au Ministère de la Santé: \_\_\_\_\_

**STERILE**

Ne pas utiliser si vous êtes sensible à l'un des ingrédients de ce produit.  
Retirer les lentilles de contact avant l'utilisation.  
Ne pas utiliser après la date d'expiration imprimée sur le produit.  
Après la première ouverture, jeter le produit non utilisé après 8 semaines.

8 032668 872264

25°C

FARMIGEL AV

**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 in case of burning and ocular fatigue and other minor ocular disorders of significance induced, for example, by dust, smoke, dryness, cold, extended computer screen use, contact lens wear, ophthalmological screening methods.

**Contra-indications:** Individual hypersensitivity to the product.

**Interactions:** Do not use VISMED® GEL MULTI with any other product applied to the eye since it may alter its effect.

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

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

**SYNTHEMEDIC**  
724 rue Louis Pasteur  
El Aouana 3600 Casablanca  
P.P.C: 196.00

**Pour la lubrification durable des yeux**  
10 ml  
Hyaluronate de sodium 0.3%

**فينميد جل**  
مائي

ع 10 مل  
محلول هيدروجيل الهيدروكسي بنسبة 0.3%  
مستحلب جاف من ملح الهيالورون

11/2024  
11/2021  
PD0053

Exp.  
Mfg.  
LOT



Description des actes effectués				وصف العمليات المجراة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin	
7/11/23	CS + Rb(1cs)		300 dr + 1000 dr		
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10

Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
14/11/23		oei	1000,00		
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثلث المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو موزن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
7/11/23	321,00			
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

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

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP 2186 Casablanca 2186



000119015850



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

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب  
Le : 10/01/2024 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

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

Destinataire المرسل إليه  
EL OUARRARI KHADIJA

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

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

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف 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 rembour- sement	Taux de rembour- sement %	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											875,00
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 DAMANE aux numéros

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://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 الهاتف  
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

دار المؤمن - ساحة ناكور - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 0522 54 86 07 فاكس: 0522 54 86 73  
Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73



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



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