

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



192527

## Déclaration de Maladie : N° S19-0000640

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11234 Société : RMT  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MARNISSI Nawfelkline Date de naissance : 12/08/1967  
Adresse : Résid. OULERRABIAA bd FATIMA ELAOUAM, TM7.06 APPT 2, 111  
Tél. : 0664686153 Total des frais engagés : 2343,96 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhak BOUCHTA  
OPHTALMOLOGISTE  
70, Rue Allal Ben Abdellah  
Casablanca  
Tél. : 0522 47 33 45 / 0522 47 15 72

Date de consultation : 25 / 11 / 23  
Nom et prénom du malade : MARNISSI Rania Age : 62

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : me de repartie

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 : 25 / 11 / 23

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
25/04/23	2 F.F.O		250 + 100 350	Dr. Abdelhak BOUJAK OPHTALMOLOGISTE 30, Rue Allah Ben Abderrah Casablanca Tel: 0522 47 33 45 / 0522 47 14 72

### 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
		AM	PC	IM	IV	
	06/12/2023					1900DH

### 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"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412 00000000	21433552 00000000														
	G															
	D	G														
	00000000 35533411	00000000 11433553														
	B															
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE-LENTILLES DE CONTACT-LASER-ANGIOGRAPHIE

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, RUE ALLAL BEN ABDELLAH - 1ER ETAGE - CASABLANCA

TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

# الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول-عدسة الاتصال-الليزر-انجيوجرافي

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70, زنقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca le 25/11/2023 الدار البيضاء في

WARNISSI RANIA

Monture + ver

agap

OD : -2,50 (-0,125)

OG : -2,50

SIGMA OPTIQUE SAKI  
Opticien  
Optométriste - Contactologiste  
ICE : 002256886200004  
Bd Ibn Tachfine - Rue Zineb Ishak N°6

Dr. Abdelhak BOUCHTA  
OPHTALMOLOGISTE  
70, Rue Allal Ben Abdellah  
Casablanca  
Tél.: 0522 47 33 45 / 05 22 47 14 72

# DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

OPHTHALMOLOGIE - LENTILLES DE CONTACT - LASER - ANGIOGRAPHIE  
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, RUE ALLAL BEN ABDELLAH - 1ER ETAGE - CASABLANCA  
TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

# الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

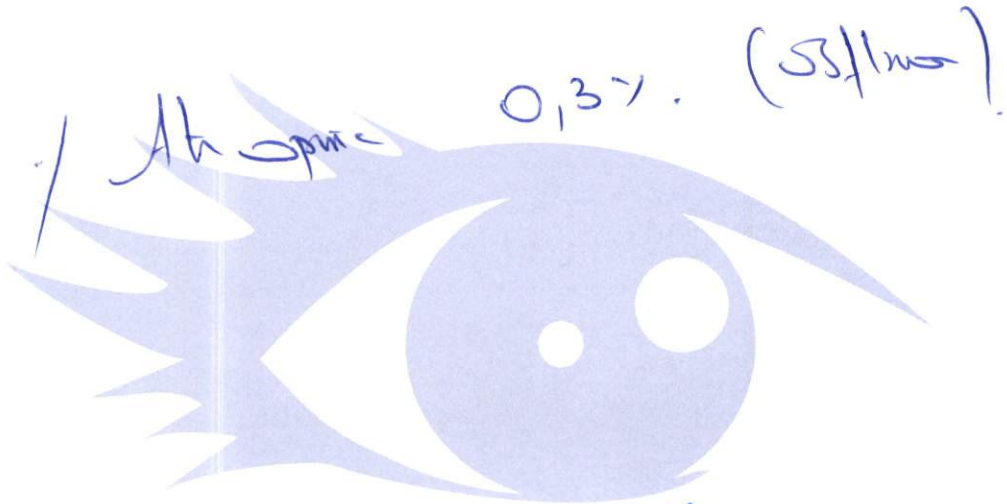
طب الحول - عدسة الاتصال - الليزر - انجيوجرافي  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70, زنقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca le 25/11/2013 في الدار البيضاء

Hariri 887

Dr. Abdelhak BOUCHTA  
OPHTHALMOLOGISTE  
70, Rue Allal Ben Abderrach  
Casablanca  
Tél.: 0522 47 33 45 / 0522 47 14 72



Dr. Abdelhak BOUCHTA  
OPHTHALMOLOGISTE  
70, Rue Allal Ben Abderrach  
Casablanca  
Tél.: 0522 47 33 45 / 0522 47 14 72



# SIGMA OPTIQUE

Opticien spécialiste



ICE : 002368862000004

Siege Sociale Rdc Magasin

**SIGMA OPTIQUE**

PATENTE : 31420041

Bd Ibno Tashfine rue zineb ishak

RC :457355

Res Vinise N° 6 Casa

IF : 42761789

FACTURE N° : 00295

Date : 06/12/2023

Nom client : MARNISSI RANIA

Docteur : .....

N° de nomenclature : .....

Monture : Plastique

600DH

Verres : 1.5 organique ZEISS antilumiere blue

VL : .....

OD : -2.50 (-0.25) 180

650DH

OG : -2.50

650DH

VP : .....

OD : .....

OG : .....

**SIGMA OPTIQUE**  
Opticien  
Optométriste - Contactologiste  
ICE : 002368862000004  
Bd Ibn Tachfine Rue Zineb Ishak N°6

TOTAL :

1900DH

Arrête la présente facture a la somme de : Mille neuf cent dinham

sarl PHARMACIE PRINCIPALE DE CARRIERES S/S POISSY  
au capital social de 2000.00 euros  
. DR ALIK  
376 RUE DANIEL BLERVAQUE  
78955 CARRIERES SOUS POISSY  
FRANCE  
Tel: 0139655330  
N° SIRET : 40356113700049 - N° SIREN : 837571330  
TVA Intracommunautaire : FR39403561137  
RCS : 403.561.137 - Ville de greffe : versailles  
Code NAF/APE: 4773Z

Page

**FACTURE**

N°2696/224718

Du 30/11/2023

Date de l'échéance 26/12/2023

MARNISSI RANIA  
maroc  
78130 \*  
FRANCE

Prescripteur : BENECHBLI KHALID  
N° AM : 830100566  
N° RPPS : 10003425005  
Opérateur: 5 Z

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
ALCON COLLY ATROP 0,3PC 3400930853795 N° Ordonnancier : 243399	PH7	0	3	1,675	2,10%	5,02
Honor. dispens. HD7	HD7	0	3	0,999	2,10%	3,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Montant HT	Taux TVA (*)		Montant TVA		Montant TTC	
8,52	2,1% (4)		0,18		8,70	
Total HT			Total TVA		Total TTC	
8,52			0,18		8,70	

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	8,70

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (CB)	8,70

Reste dû	0,00
----------	------

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom



**PHARMACIE PRINCIPALE**

Dr ALIK Arezki  
376 Rue Daniel Blervaque  
78955 CARRIERES-SOUS-POISSY  
Tél: 01 39 65 53 30  
RCS : 837 571 330  
CPAM : 78 27 13 45 5

(u) indique les quantités unitaires  
(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1