

# 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](http://www.mupras.com)

192597

## Déclaration de Maladie : N° S19-0000640

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11234

Société : RMAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MARNISSI Mounedhine

Date de naissance : 12/08/1967

Adresse : Resid. DURERRABIAA bld FATIMA ELHOUARI IM11 de Appart. 608

Tél. : 0664686153

Total des frais engagés : 42343,96 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

~~Dr. Abdelhak BOUCHTA  
OPHTALMOLOGISTE  
70, Rue Allah Ben Abdellah  
Casablanca  
Tél. : 0522 44 33 45 / 0522 47 15 72~~

Date de consultation : 25/11/23

Nom et prénom du malade : M. Marnissi et Rania Age : 56

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : me de réacti

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

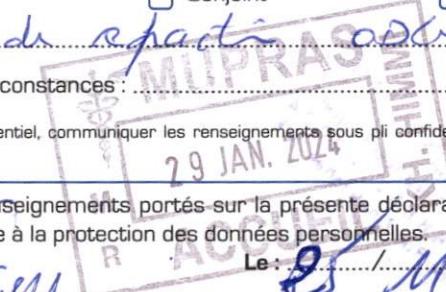
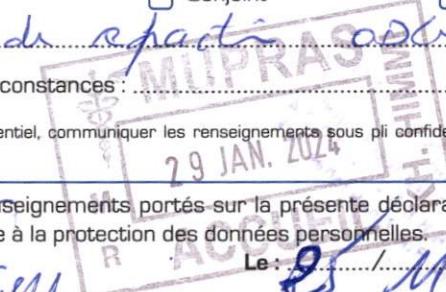
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Flam

Le : 25/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : M. Marnissi



## 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
25/01/23	2		250 + 100 = 350	Dr. Abdellah BOUAFIA OPHTALMOLOGISTE 3, Rue Allah Ben Abdallah Casablanca AS22413345/0522471472

## 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

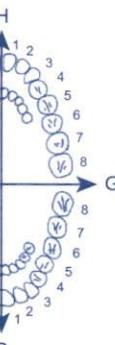
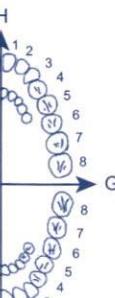
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>Dr. Zinab Ishak N° 04</i>	06/12/2023					1900DH

## 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
			MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE-LENTILLES DE CONTACT-LASER-ANGIOGRAPHIE

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

# الدكتور عبد الحق بouchتا

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول-عدسة الاتصال-اللزير-أنجيوغرافي

عضو الجمعية الفرنسية لامراض العيون

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

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

زنقة علال بن عبد الله- الطابق الأول - الدار البيضاء

05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الهاتف:

Casablancale .....

٢٥/١١/٢٠٢٣

الدار البيضاء في

MARINISI RANIA

Hauture +me

degaf

Dr. ABDELHAK BOUCHTA  
OPHTHALMOLOGISTE  
70, Rue Allal Ben Abdellah  
Casablanca  
Tel.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

٢٥ : -2,50 (-٢١٢٥)

٠٦ : -2,50

zineb

SIGMA OPTIQUE  
Opticien  
Optométriste - Contactolog  
ICE : 00212 8862000004  
Bd Ibn Tachfine Rue Zineb Ishaq N°

Dr. ABDELHAK BOUCHTA  
OPHTHALMOLOGISTE  
70 Rue Allal Ben Abdellah  
Casablanca  
Tel.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

# DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

TRABOLOGIE-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 العين-عدسة الاتصال-الليزر-انجيوغراف

عضو الجمعية الفرنسية لامراض العيون

زنقة علال بن عبد الله- الطابق الأول - الدار البيضاء

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

Casablancale

21/11/2005

الدارالبيضاء في

422Ni 887

Dr. Abdelhak BOUCHTA  
OPHTHALMOLOGISTE  
70, Rue Allah Ben Abdellah  
Casablanca  
Tel.: 0522 47 33 45 / 0522 47 14 72

0,37. (55) mm



Dr. Abdelhak BOUCHTA  
OPHTHALMOLOGISTE  
70, Rue Allah Ben Abdellah  
Casablanca  
Tel.: 0522 47 33 45 / 0522 47 14 72

**SIGMA OPTIQUE**

Opticien spécialiste

Siege Sociale Rdc Magasin



**SIGMA OPTIQUE**

ICE : 002368862000004

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 600 DH

Verres : 1,5 verre minérale ZEISS anti-lumière bleue 650 DH

VL : 650 DH

OD : -2,50 (-0,25) 1,80 650 DH

OG : -2,50 650 DH

VP : 650 DH

OD : Opticien - Contactolo 002368862000004 650 DH

OG : Bd Ibno Tashfine rue Zineb ishak N° 6 650 DH

**TOTAL : 1900 DH**

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

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 : BENECHEBLI 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	PH7	0	3	1,675	2,10%	5,02
N° Ordonnancier : 243399						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	3	0,999	2,10%	3,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
<b>Montant HT</b>	<b>Taux TVA (*)</b>		<b>Montant TVA</b>		<b>Montant TTC</b>	
8,52	2,1% (4)		0,18		8,70	
<b>Total HT</b>			<b>Total TVA</b>		<b>Total TTC</b>	
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
<b>Reste dû</b>	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 46 5

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

(NF525) 111//1/FACTURATION/FACTURE/VBNK/N/JIRY/N/EgOJ/2.20/2.20.3.3.R4/0/B525/0370-4/232349