

## 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, parodontologie 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-507707

CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **21228**

Matricule : **12826** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **FARKACHA ZINEB**

Date de naissance : **13/12/1988**

Adresse : **Dépendance La pale de Nouaceur 2 Imm 8 Appart 19 Nouaceur**

Tél. : **0662766832** Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin : **Dr. B. M. EL OTMANI**

**Ophthalmologue**

Cachet du médecin : **11, Bd. Sidi - and Ben Abdellah  
Route de la Corniche  
Casablanca 20160**

Date de consultation : **13.01.2020** 0522 20 35 93 - Fax: 0522 20 35 91

Nom et prénom du malade : **Farkache Zineb** Age : **30**

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

Nature de la maladie : **Affection Oculaire**

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.

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
13.01.2020	C2 + Fd		350.00 Dhs	<p>091162362</p> <p>Dr. B. M. ANEEL OTMANI</p> <p>Ophthalmologue</p> <p>H: Bd. Sidi Bouachra Ben Abdellah</p> <p>Route de la Corniche</p>

[illegible][illegible][illegible]

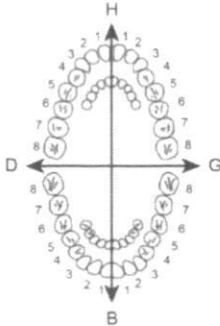
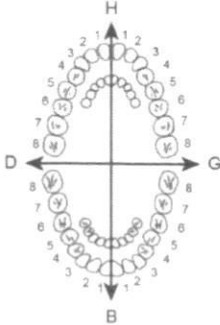
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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	INP : <input type="text"/>																
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D			B	00000000	35533411	00000000	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																	
	25533412	00000000	21433552	00000000																
	D			B																
	00000000	35533411	00000000	11433553																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Optique el jazira  
Opticien spécialiste  
Patente : 55806843



نظارات الجزيرة  
إختصاصي في النظارات البصرية  
البانتا : 55806843

N° 01794

ICE: 0015654 19000 079

INPE: 065012437

MEZIANI OTMANI

Ordonnance de Mr. le Docteur

N° de nomenclature  
Correspondant  
Ala prescription

VL . OD : axe 144 - cyl - sph - 0,25  
OG : axe - cyl - sph - 0,25

VP . OD : axe - cyl - sph

OD .....

OG .....

OG : axe - cyl - sph

QUANTITÉ	DESIGNATION	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
1	Mountures Optique	700 DA	700 DA
2	Verres Organiques Antireflet	650 DA	1300 DA
	Euis .....		
		Total ( en )	2000 DA

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

\* Deux Mille dinars &

05/03/20

OPTIQUE EL JAZIRA  
OPTICIEN OPTOMETRISTE  
N° 76 EL MAKHLLOUF  
DEROUA

الرقم 76 جزئة مخلوف 2 الدروة - الهاتف : 05 26 77 92 35 - N°76 Makhlof 2 Deroua

**Dr. B.MEZIANE EL OTMANI**

Médecin Spécialiste des Maladies et  
chirurgie des yeux

Ex-directeur du centre Ophtalmologique  
A Gelsenkirchen Buer, en Allemagne  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Hambourg  
Chirurgie des yeux, Laser-Thérapie



دكتور ب مزيان العثماني

طبيب اختصاصي في أمراض

وجراحة العيون

مدير سابق لمركز طب وجراحة العيون

غلزنكرشن بور بألمانيا

خريج كلية الطب بـهمبورغ

جراحة العيون - المعالجة بالليزر

Casablanca 13.01.2020.

Patient : Farkache Zineb

V. Loin Org Blanches A.R.

SPH Cyl Axe

OD	-0.25	-0.25	144
OE	-0.25		



**Dr. B. MEZIANE EL OTMANI**

Ophtalmologue

11, Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah

Route de Corniche

Casablanca 20114

Tél.: 0522 20 35 93 Fax: 0522 20 35 91

OPTIQUE AL HAZER  
OPTICIEN OPTOMETRISTE  
N° 78 LOT MAKHLOUF 2  
DERBOUA



Facture



grandOptical

N° 7201912000758

N° Tva Intracommunautaire : FR 75 492 787 957

Date : 29/12/2019  
Dossier : 7 - 200132909

<b>GRANDOPTICAL BERCY2</b> CCR BERCY 2 - QUAI DE BERCY NIVEAU 1 - BP 101 & 102 94220 CHARENTON LE PONT Tél : 01 43 53 00 60 N° SIRET : 49278795703151 N° CONVENTIONNEMENT AM : 94 OM 3372 C		Fax : 01 43 76 08 14 APE : 4778A Identifiant CPAM : 942613902		<b>Mme FARKACHA ZINEB</b>  Tél dom : Tél mob :  Assuré :  Prescription OD OG
Sans ordonnance				

Description	LPP	Qté	Base 100%	Base 60%	PV Brut	Prix de vente
Monture Cerclée - Dolce & Gabbana 3258 CUBE BLACK/GOLD 52*17-000000000000308446	2223342	1	2,84	1,70	219,00	219,00
<b>Facture acquittée sous réserve de bon encaissement</b>			<b>Total</b>			
			2,84	1,70	219,00	219,00
TOTAL HT DE LA VENTE						182,50€
MONTANT TVA DE LA VENTE (20.00%)						36,50€
TOTAL TTC DE LA VENTE						219,00€
TOTAL REGLE PAR LE CLIENT						219,00€

GrandVision France reste tenu de la garantie légale de conformité mentionnée aux articles L.217-4 à L.217-14 du code de la consommation et de celle relative aux défauts de la chose vendue, dans les conditions prévues aux articles 1641 à 1648 et 2232 du code civil.

Lorsqu'il agit en garantie légale de conformité, le consommateur :

- bénéficie d'un délai de deux (2) ans à compter de la délivrance du bien pour agir;
- peut choisir entre la réparation ou le remplacement du bien, sous réserve des conditions de coût prévues par l'article L. 217-9 du code de la consommation;
- est dispensé de rapporter la preuve de l'existence du défaut de conformité du bien durant les vingt-quatre (24) mois suivant la délivrance du bien.

Le consommateur peut décider de mettre en œuvre la garantie contre les défauts cachés de la chose vendue au sens de l'article 1641 du code civil. Dans cette hypothèse, il peut choisir entre la résolution de la vente ou une réduction du prix de vente conformément à l'article 1644 du code civil.

La garantie légale de conformité s'applique indépendamment de la garantie commerciale éventuellement consentie.

**GrandOptical**  
 C.C. BERCY 2 - Niveau 1  
 10 Place du Commerce - BP 136  
 94220 CHARENTON LE PONT CEDEX  
 Tél : 01 43 53 00 60 Fax : 01 43 76 08 14  
 N° SIRET : 49278795703151 APE : 4778A  
 N° CONVENTIONNEMENT AM : 94 OM 3372 C

Le 29/12/2019  
Signature de l'assuré(e)

GrandVision France, responsable du traitement pour l'enseigne GrandOptical met en œuvre un traitement de données à caractère personnel vous concernant aux fins de gérer de façon optimale la relation clients en magasin et assurer l'exécution et le suivi de vos commandes en optique et/ou en audiologie.

Les données collectées sont indispensables à ce traitement et sont destinées aux services concernés de GrandVision France, ainsi que, le cas échéant, à ses sous-traitants ou prestataires.

Les données collectées sont conservées au maximum pendant 5 ans après la fin des relations commerciales.

En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de vos données, d'un droit d'opposition, d'un droit à la portabilité de vos données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès, qui s'exercent par courrier postal à l'attention du Service Relation Clientèle, à l'adresse suivante : GrandVision France 1 rue Jean-Pierre Timbaud - Bâtiment Ecole - CS 30729 78060 - Saint-Quentin-en-Yvelines Cedex, accompagné d'une copie d'un titre d'identité.

Vous disposez enfin du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

GrandVision France Société par Actions Simplifiée au capital de 1 003 297,32 euros, 1 rue Jean-Pierre Timbaud-78180 MONTIGNY LE BRETONNEUX, RCS Versailles 492 787 957 (V 21 06 18)