

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° W19-507707

CA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		21.12.28	
Matricule :	12.826	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		FARKA CHA ZINEB	
Date de naissance :		13.11.1988	
Adresse :		Résidence La pale de Nouaceur 2 Imm 8 Appart 19 Nouaceur	
Tél. :		0662766832	
Total des frais engagés :			
Dhs			

Cadre réservé au Médecin	Dr. B. MELANE EL OTMANI
Ophtalmologue	
11, Bd. Sidi Ben Abdellah Ben Abdellah	
Route de la Corniche	
Casablanca 20160	
Téléphone : 0522 20 35 91	
Date de consultation :	13.01.2020
Nom et prénom du malade :	Farkachia Zineb
Age:	30
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
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 confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	
09 MAIS 2020	

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) : **ACCUEIL SIEGE RAM**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13.01. 020	C2+Fd		350.000 Dhs	Dr. B. MIZIANE EL OTMANI Ophtalmologue H. Bd. Sidi Abdellah Ben Abdellah Route de la Corniche

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

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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	05/03/20					2000

VOLET ADHERENT

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

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'ODDF.

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"/>										
<p>H G</p> <p>D B</p>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

Optique el jazira
Opticien spécialiste
Patente : 55806843

نظارات الجزيرة

إختصاصي في النظارات البصرية
الباتنتا : 55806843

N° 01794

ICE: 0015656 19.000.079
INPE: 065012437

Ordonnance de Mr. le Docteur

MEZIANE AYMAN

N° de nomenclature Correspondant Ala prescription	VL . OD : axe <u>144°</u> - cyl <u>-025</u> - sph <u>-0,25</u>
	OG : axe <u>—</u> - cyl <u>—</u> - sph <u>-025</u>
OD	VP . OD : axe - cyl - sph
OG	OG : axe - cyl - sph

QUANTITÉ	DESIGNATION	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
1	Mountures Optique	700.Dh	700.Dh
	Verres Originaux	650.Dh	
	Anti-reflet		
	Etuis		
		Total (en)	2000.Dh

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

* Deux Mille dinars &

05/03/20

OPTIQUE
EL JAZIRA
N°76 LE MAKHLOUF
DEROUA

الرقم 76 جزئة مخلوف 2 الدروة - الهاتف : 05 26 77 92 35 - N°76 Makhlouf 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 اخصائي في أمراض

و جراحة العيون

مدير سابق لمركز طب وجراحة العيون

غلزنكيرشن بور بالمانيا

خريج كلية الطب بممبوغ

جراحة العيون - المعالجة بالليزر

Casablanca 13.01.2020.

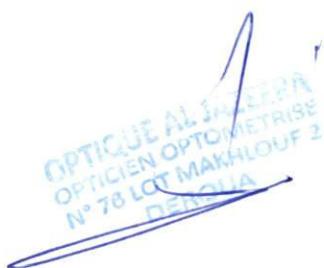
Patient : Farkacha Zineb

V. Loin Oeil Blanc A.R.
SP R cyl Axe

OD -0.25
OE -0.25

-0.25

144



11, Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah, Route de Corniche, Casablanca

شارع سيدى محمد بن عبد الله - طريق لاكورنيش - الدار البيضاء.

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



Facture

N° Tva Intracommunautaire : FR 75 492 787 957

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



GrandOPTICAL

N° 7201912000758

GRANDOPTICAL BERCY2
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

Sans ordonnance

Mme FARKACHA ZINEB

Tél dom :
Tél mob :

Assuré :

Prescription OD
OG

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
Facture acquittée sous réserve de bon encaissement		Total	2,84	1,70	219,00	219,00
Votre interlocuteur : tristan t.			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 oeuvre 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
CCR BERCY 2 - Niveau 1
10 Place de l'Europe - BP 136
94228 CHARENTON CEDEX
Tél : 01 43 53 00 60 Fax : 01 43 76 08 14
Identifiant CPAM : 942613902

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'exerce 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)