

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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° W21-802313

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Royal Air Maroc

Matricule : 12647 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MIKLASS Nisrine

Date de naissance : 01/03/1988

Adresse : au change

Tél. : 0663084084 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Laurence Falque
Ophtalmologiste

Date de consultation : 19/05/2023

Nom et prénom du malade : MIKLASS Nisrine Age :

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

Nature de la maladie : Conjonctivite virale

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 : Casablanca Le : 25/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

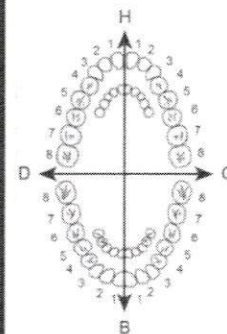
VOLET ADHERENT

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
10, place Raoul Dautry 75015 PARIS Tél. : 01 43 21 42 42 Fax : 01 40 47 07 65 75 2 09 40 1 7	19/05/23	410,1 €
	19/05/23	9,76 €

[illegible][illegible]

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



	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

FIN
D'EXECUTION

MONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CDS SOMED MONTPARNASSE
17 BOULEVARD DE VAUGIRARD
75015 PARIS

Tél: 01.83.94.60.60

N° SIRET : 849 451 869 00028

N° FINESS : 75 0 06358 8

Patient : MIKLASS Nisrine (N°: 587964)

Né(e) le : 01/03/1988

N° SS :

Risque :

Lien :

N°Adhérent :

FACTURE

N° Fact / FSE : 168 969 / 0

du 19/05/2023

Praticien : **FALQUE Laurence**

Spécialité 15 - Ophtalmologue

Page 1 of 1

Assuré : MIKLASS Nisrine (N°: 587964)

Adresse :

Date des soins	Acte	Cotation	Sécu	Mutuelle	Patient	Montant
19/05/2023	Pachy+Explo flux lacrymaux+Rétino	1.00 ATM	0.00	0.00	21.58	21.58
19/05/2023	Pachy+Explo flux lacrymaux+Rétino	1.00 ATM	0.00	0.00	9.60	9.60
19/05/2023	Pachy+Explo flux lacrymaux+Rétino	1.00 ADI	0.00	0.00	20.83	20.83
						Total : 52.01

CDS SoMeD Montparnasse

Gare SNCF – 17 Biv de Vaugirard 75015 PARIS

Tél : 01 83 94 60 60

Finess : 750063588

Mail : Montparnasse@somed-sante.fr

Montant des avances consenties	A la charge de l'assuré			
	52.01 €			
	ACQUITTÉ PAR LE PATIENT			
	<u>Espèces</u>	<u>Chèques</u>	<u>Cartes</u>	<u>Autres</u>
	0,00	0,00	52,01	0.00
Total :	0.00 €	Reste dû le 19/05/2023 : 0.00 €		

Le montant dû par le patient peut être révisé compte tenu des remboursements versés par les régimes obligatoires et complémentaires



CDS SOMED MONTARNASSE
17 BOULEVARD DE VAUGIRARD
75015 PARIS

Tél: 01.83.94.60.60

N° SIRET : 849 451 869 00028

N° FINESS : 75 0 06358 8

Patient : MIKLASS Nisrine (N°: 587964)
Né(e) le : 01/03/1988
N° SS :
Risque :
Lien :
N°Adhérent :

N° Fact / FSE : 168 968 / 0

du 19/05/2023

Praticien : LACHKAR Alexis
Spécialité 29 - Orthoptiste

Page 1 of 1

Assuré : MIKLASS Nisrine (N°: 587964)

Adresse :

Date des soins	Acte	Cotation	Sécu	Mutuelle	Patient	Montant
19/05/2023	Mesure de l'acuité visuelle/réfraction	8.50 AMY	0.00	0.00	22.10	22.10
						Total : 22.10

CDS SoMeD Montparnasse
Gare SNCF – 17 Biv de Vaugirard 75015 PARIS
Tél : 01 83 94 60 60
Finess : 750063588
Mail : Montparnasse@somedesante.fr

Montant des avances consenties	A la charge de l'assuré			
	22.10 €			
	ACQUITTÉ PAR LE PATIENT			
	<u>Espèces</u>	<u>Chèques</u>	<u>Cartes</u>	<u>Autres</u>
	0,00	0,00	22,10	0.00
Total :	0.00 €	Reste dû le 19/05/2023 : 0.00 €		

Le montant dû par le patient peut être révisé compte tenu des remboursements versés par les régimes obligatoires et complémentaires

CENTRE DE SANTE SOMED MONTPARNASSE

Gare SNCF MONTPARNASSE 17 bd de Vaugirard, 75015 Paris

Tél : 01 87 03 93 93

FINESS 750063588

Docteur Laurence FALQUE

Ophtalmologie

N° RPPS : 10000430438

Paris, le 19/05/2023

Madame Nisrine MIKLASS

ORDONNANCE

TOBRADEX

une goutte 4 fois par jour dans les deux yeux /15 jour

Optive Fusion

une goutte matin midi et soir dans les deux yeux.

TRAITEMENT POUR UN MOIS À RENOUVELER 5 FOIS

Pharmacie de la Gare Montparnasse
10, place Raoul Dautry
75015 PARIS
Tél. : 01 43 21 42 42
Fax : 01 40 47 07 65
75 2 03401 7

Docteur Laurence Falque
Ophtalmologiste



PHARMACIE DE LA GARE MONTPARNASSE
 10 PLACE RAOUL DALLRY
 75015 PARIS
 752072017
 Tel : 0147214242
 INSEE :
 Malade : MARIASS NISRIANE
 Code Op : 5
 Médicine : GMEC Montparnasse
 Date Op : 19/05/2023
 Date Fact : 19/05/2023
 Fact Num : 623798

RENOUVELLEMENT No. 1
 QTE DESIGNATION
 1 TORRANEX COLLY S 3400934429972
 1 USP PL SML
 1 Honor. dispense.
 0.51
 0

MONTANT TOTAL : 4.01
 MONTANT AMC : 0.00
 MONTANT AMO : 0.00
 MONTANT ASSURE : 4.01
 Les montants s'entendent avant déduction de la cas déductible
 de la tranche de 17000 du code de la
 sécurité sociale et indiqués sur le relevé de prestations.

PHARMACIE DE LA GARE MONTPARNASSE
. MR LE MIRE
10 PLACE RAOUL DAUTRY
75015 PARIS
FRANCE
Tel: 0143214242
N° SIRET: 48958586900014
Code NAF: 4773Z - FR73489585869

Page 1 / 1

FACTURE

N°3217/623399

Du 19/05/2023

Date de l'échéance 20/05/2023

MIKLASS NISRINE
casablanca
00000 MAROC

Prescripteur : SOMED Montparnasse
N° AM : 750063588
Opérateur: clara a

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
OPTIVE FUSION S ocul FI/10ml2 3401060060718	AAD	0	1	8,133	20,00%	8,13

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
8,13	20% (6)	1,63	9,76
Total HT		Total TVA	Total TTC
8,13		1,63	9,76

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	9,76

Mode(s) de règlement
CB 9,76

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 de la Gare Montparnasse
10, place Raoul Dautry
75015 PARIS
Tél. : 01 43 21 42 42
Fax : 01 40 47 07 65
75 0 03 40 1 7

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 6: taux 20.0

PHARMACIE DE LA GARE MONTPARNASSE
. MR LE MIRE
10 PLACE RAOUL DAUTRY
75015 PARIS
FRANCE
Tel: 0143214242
N° SIRET: 48958586900014
Code NAF: 4773Z - FR73489585869

FACTURE
N°3216/623398
Du 19/05/2023
Date de l'échéance 20/05/2023

MIKLASS NISRINE
casablanca
00000 MAROC

Prescripteur : SOMED Montparnasse
N° AM : 750063588
Opérateur: clara a

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
TOBRADEX COLLY SUSP FL 5ML 3400934429972 N° Ordonnancier : 683972	PH4	0	1	2,429	2,10%	2,43
Honor. dispens. HD4	HD4	0	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
3,93	2,1% (4)	0,08	4,01
Total HT		Total TVA	Total TTC
3,93		0,08	4,01

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	4,01

Mode(s) de règlement	
CB	4,01

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

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

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la zone "nom et prénom" est obligatoirement remplie par l'auxiliaire médical(e))

nom et prénom MIKLASS NISRINE

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation

date de naissance 0 1 0 3 1 9 8 8

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MEDICAL(E)

LACHKAR ALEXIS

7 5 9 2 2 7 6 1 4

CONVENTIONNE

AUXILIAIRE MEDICAL(E) REMPLACANT(E)

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

CDS SOMED MONTPARNASSE

17 BOULEVARD DE VAUGIRARD

75015 PARIS

=> 75 0 06358 8 20 1 11 0 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom CDS SOMED MONTPARNASSE

raison sociale

identifiant 75 0 06358 8

n° de la structure
(AM, FINES ou SIRET)

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS

prestation ou traitement prescrit le 1 9 0 5 2 0 2 3 A

accord préalable du J J M M A A A A

☒ MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)soins en rapport avec le protocole ALD ☐action de prévention ☐autre ☐accident causé par un tiers : non ☒ oui ☐

date J J M M A A A A

☐ MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

☐ AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

ACTES EFFECTUES

dates des actes	codes des actes	tarification	montant des honoraires ①	dépass.	frais de déplacement			DD
					I.F. ②	I.K. nbre	montant ③	
1 9 0 5 2 0 2 3 J J M M A A A A		AMY 8.50	22,10					
J J M M A A A A	NE PAS UTILISER							
J J M M A A A A	EN ATTENTE							
J J M M A A A A	DU CODAGE							
J J M M A A A A	DES ACTES							
J J M M A A A A								

PAIEMENT

uniquement)

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

22.10 €

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire ☐l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire ☐signature de l'auxiliaire
médical(e) ayant effectué
l'acte ou les actesCDS SoMed Montparnasse
Gare SNCF - 17 Bv de Vaugirard 75015 PARIS
Tél : 01 83 94 60 60
Finess : 750063588
Mail : Montparnasse@somedsante.frsignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer ☐

Quiconque se rend coupable de l'un des faits énumérés ci-dessus est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

N° 12541*02

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

Ref. = 168 969

date J J M M A A A A 1 9 0 5 2 0 2 3

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

MIKLASS NISRINE

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A 0 1 0 3 1 9 8 8

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le médecin)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

FALQUE LAURENCE

100 0 0 4 3 0 4 3 8

15

CONVENTIONNE

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

CDS SOMED MONTPARNASSE

17 BOULEVARD DE VAUGIRARD

75015 PARIS

=> 75 0 06358 8 20 1 11 0 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

☒ MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers :

non

☒

oui

date

J J M M A A A A

☐ SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "n°"
et les recommandations importantes)☐ MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

☐ AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

☒

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ②	I.K.	
19052023	B D Q P 0 0 3	1		1	2 1, 5 8				
19052023	B B Q P 0 0 1	1		2	9, 60				
19052023	B G Q P 0 0 7	1		5	2 0, 8 3				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

5 2, 0 1

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actessignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

CDS SoMed Montparnasse
Gare SNCF - 17 Bld de Vaugirard 75015 PARIS
Tél : 01 83 94 60 60
Finess : 750063588
Mail : Montparnasse@somedesante.fr

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).
Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.
En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

623398
19052023

MIKLASS NISRINE

0 1 0 3 1 9 8 8 1

casablanca 00000 MAROC

MR LE MIRE .

10000341981

PHARMACIE DE LA GARE MONTARNASSE
10 PLACE RAOUL DAUTRY
75015 PARIS
752034017
RENOUVELLEMENT No 1

SOMED Montparnasse

750063588

19052023

XX

XX

Prest	CIP/Ref.LPP(Ut)	Homeo Decon- Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes Mod. Indic.	Date	Date
		c.lab dition.				utili. presc Subst.	debut loc	fin loc
PH4	3400934429972	1	2,48	2,48	TOBRADEX COLLY SUSP FL	U		
HD4		1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD4			
HDR		1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR			

4 , 0 1

MR LE MIRE .

OPTIVE Fusion® est un collyre en solution lubrifiante stérile en flacon multidose, destiné à lubrifier et hydrater la surface des yeux. Il est indiqué pour aider à soulager temporairement la sécheresse, l'irritation, la brûlure, l'inconfort et/ou tout autre symptôme causé par la sécheresse oculaire ou des facteurs environnementaux.

Contient 10 ml de solution

La solution d'OPTIVE® Fusion contient de la carboxyméthylcellulose sodique à 0,5%, de la glycérine à 0,9%, du hyaluronate de sodium à 0,1%, de l'acide borique à 0,7%, du borate de sodium décahydraté à 0,2%, de l'érythritol, du citrate de sodium dihydraté, du chlorure de potassium, du chlorure de calcium dihydraté, du chlorure de magnésium hexahydraté, de l'eau purifiée, de l'acide chlorhydrique ou de l'hydroxyde de sodium pour ajuster le pH et un conservateur, le PURITE® à 0,01%.

- Conserver à température ambiante
- Jeter toute solution restante 90 jours après ouverture

! Attention : conserver la notice d'utilisation



abbvie

optive
FUSION®

65553FP15

abbvie

0344



devices.abbvie.com

Pays-Bas

8017 JV

Zwolle

ABBVIE LOGISTICS B.V.



Irlande

D17 E400

Dublin 17

INTERNATIONAL LIMITED

PHARMACEUTICALS

ALLERGAN

EC REP

Etats-Unis

IRVINE CA 92612

ALLERGAN SALES, LLC



optive
FUSION®

94607FP

optive
FUSION®

10 ml de solution



LP 1168581



MD



REF

10077X