

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

- 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° W21-692930

130514

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07929 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ZAGHLOU Nabih

Date de naissance : 14-10-56

Adresse :

Tél. : 0661187641 Total des frais engagés : 152,50 €

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/09/2022

Nom et prénom du malade : ZAGHLOU Nabih

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

Nature de la maladie : Contale et suivi ophtalmologique

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 : 22/09/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
7/9/2012	G		1006	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] <div style="text-align: right;"> Docteur Yves BOKOBZA 15 OPHTALMOLOGIE RABEY Tel.: 87 48 47 09 43 11 210 </div>

INP:
DOCTEUR Yves BOKOBZA
 15 OPTHOMOLOGIE CONY. MONO. LIBRES
 SELARI
 87, RUE de BABY
 75018 PARIS
 75 1 41832 8
 Tel: 47 48 47 30 2
 CAS CONY 2150
 1/1

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de la Place COCHET Patrick APPEL 06 SEP. 2022	06/09/22	92,50€

2, Avenue de la Porte Chaumont - 75019 Paris
Tél. : 01 42 08 41 06 - N° 752036541

[illegible]

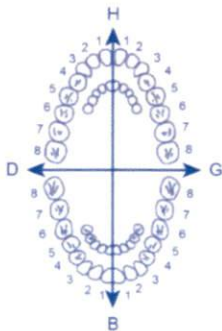
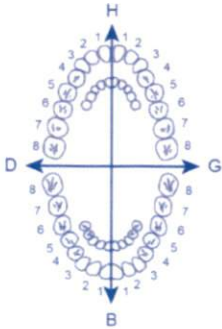
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 : 	
				Coefficient des Travaux 	
				Montants des Soins 	
				Début d'exécution 	
			Fin d'exécution 		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux 	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> H 25533412 00000000 D ————— 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: left;"> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> B </div>				Montants des Soins
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					Date du Devis
					Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées[illegible]

Coefficient

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412

2000047E
00000000

100

1

00000000

35533411

1

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Yves BOKOBZA

Professeur Associé au Collège de Médecine

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Expert près des Tribunaux

CHIRURGIE OCULAIRE - CHIRURGIE DE LA MYOPIE

67, Rue de Passy - 75016 PARIS

Tél. : 01-46-47-50-79

Fax : 01-40-50-90-36

E.Mail : ybokobza@gmail.com

Site web : www.lasik.fr

7^{me} 2AGHLOUL

Softacore 3 flacons

1 goutte matin et soir
par arc de 3 jours

6 2/09/2022



N° AM :



SELARL

7 5 1 4 1 8 5 2 6

N° RPPS :



1 0 0 0 3 6 9 1 9 9 4

Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèques est accepté.



Softacort® 3,35 mg/ml

collyre en solution en récipient unidose

Phosphate sodique d'hydrocortisone

Phosphate sodique d'hydrocortisone 3,35 mg

Pour 1 ml de collyre en solution.

Une goutte contient environ 0,12 mg de phosphate sodique d'hydrocortisone.

Excipients :

Phosphate disodique dodécahydraté, phosphate monosodique monohydraté, chlorure de sodium, édétate disodique, acide chlorhydrique (pour ajustement du pH), eau pour préparations injectables.

Voie ophtalmique.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Après la première ouverture du sachet : utiliser les récipients unidose dans un délai d'un mois.

Après ouverture du récipient unidose : utiliser immédiatement et jeter le récipient unidose après utilisation.

A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C.

Conserver les récipients unidose dans le sachet, à l'abri de la lumière.

Médicament autorisé n° 3400930095645

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
LISTE I - Uniquement sur ordonnance



Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

Code CIP 13



3400930095645

Titulaire

LABORATOIRES THEA

12 RUE LOUIS BLEROT

63017 CLERMONT-FERRAND CEDEX 2 - FRANCE

Exploitant

THEA PHARMA

12, RUE LOUIS BLÉRIOT

ZI DU BREZET

63100 CLERMONT-FERRAND - FRANCE

PC : 03400930095645

SN : 200241332587

Lot : 124SF

EXP : 11/2023



* 6 6 E T U 1 6 4 5 / D *

Softacort® 3,35 mg/ml

collyre en solution en récipient unidose

Phosphate sodique d'hydrocortisone

Phosphate sodique d'hydrocortisone 3,35 mg

Pour 1 ml de collyre en solution.

Une goutte contient environ 0,12 mg de phosphate sodique d'hydrocortisone.

Excipients :

Phosphate disodique dodécahydraté, phosphate monosodique monohydraté, chlorure de sodium, édétate disodique, acide chlorhydrique (pour ajustement du pH), eau pour préparations injectables.

Voie ophtalmique.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Après la première ouverture du sachet : utiliser les récipients unidose dans un délai d'un mois.

Après ouverture du récipient unidose : utiliser immédiatement et jeter le récipient unidose après utilisation.

A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C.

Conserver les récipients unidose dans le sachet, à l'abri de la lumière.

Médicament autorisé n° 3400930095645

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
LISTE I - Uniquement sur ordonnance



Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

Code CIP 13



3400930095645

Titulaire

LABORATOIRES THEA

12 RUE LOUIS BLEROT

63017 CLERMONT-FERRAND CEDEX 2 - FRANCE

Exploitant

THEA PHARMA

12, RUE LOUIS BLÉRIOT

ZI DU BREZET

63100 CLERMONT-FERRAND - FRANCE

PC : 03400930095645

SN : 200241332587

Lot : 124SF

EXP : 11/2023



* 6 6 E T U 1 6 4 5 / D *

Softacort[®] 3,35 mg/ml

collyre en solution en récipient unidose

Phosphate sodique d'hydrocortisone

Phosphate sodique d'hydrocortisone 3,35 mg

Pour 1 ml de collyre en solution.

Une goutte contient environ 0,12 mg de phosphate sodique d'hydrocortisone.

Excipients :

Phosphate disodique dodécahydraté, phosphate monosodique monohydraté, chlorure de sodium, édétate disodique, acide chlorhydrique (pour ajustement du pH), eau pour préparations injectables.

Voie ophtalmique.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Après la première ouverture du sachet : utiliser les récipients unidose dans un délai d'un mois.

Après ouverture du récipient unidose : utiliser immédiatement et jeter le récipient unidose après utilisation.

A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C.

Conserver les récipients unidose dans le sachet, à l'abri de la lumière.

Médicament autorisé n° 3400930095645

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
LISTE I - Uniquement sur ordonnance



Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

Code CIP 13



3400930095645

Titulaire

LABORATOIRES THEA

12 RUE LOUIS BLEROT

63017 CLERMONT-FERRAND CEDEX 2 - FRANCE

Exploitant

THEA PHARMA

12, RUE LOUIS BLÉRIOT

ZI DU BREZET

63100 CLERMONT-FERRAND - FRANCE

PC : 03400930095645

SN : 200241332587

Lot : 124SF

EXP : 11/2023



* 6 6 E T U 1 6 4 5 / D *

PHARMACIE DE LA PLACE COCHET
2 AVENUE DE LA PORTE CHAUMONT
75019 PARIS

PARIS le 06/09/2022
(23)

Tél. 01.42.08.41.06 Fax 01.42.00.22.65
CB n°30004 00808 00010174357 75
BNP PARIBAS PARIS GAMBETTA
Siret n°51932660700016
Code Ape n°4773Z

Pharmacie de la Place COCHET
Patrick APPEL

06 SEP. 2022

Membre d'un centre de gestion agréé
acceptant le règlement des sommes
dues par chèque libellé à son nom

Avenue de la Porte Chaumont - 75019 Paris
Tél. 01 42 08 41 06 - N° 752036541

ZAGHLOUL Nabiha

Facture N°5357 échéance au 06/09/22

Date	CIP	Désignation des articles	TVA:	Qt	P.U. TTC	Rem%	Rmb%	PU.Final	Total TTC
06/09/22	3400930095645	SOFTACORT 3,35 MG/ML COLL SOU B/30	2,1	3	17,50		*NR*	17,50	52,50
06/09/22		Ordonnance du docteur BOKOBZA							
		Total pour ZAGHLOUL Nabiha							52,50
A PAYER (TTC)									52,50