

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.

N° W21-692930

130514

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 09929	Société : RAN ..		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	2461101
Nom & Prénom : ZAKHROU			
Date de naissance : 14-10-56			
Adresse :			
Tél. : 0661187641 Total des frais engagés : 152,50 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 02/09/2022			
Nom et prénom du malade : 2461101 Nabiha			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Lentille et Auvio 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 : 05/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 22/09/22



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
2/9/2022	69		100€	INP : <input type="text"/> Docteur Yves BOKOBZA 15 OPHTALMOLOGIE CONV. HONO. LIBRES Passy 75013 Paris Tél. 01 48 47 50 79 CONV. 250

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 52,50€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

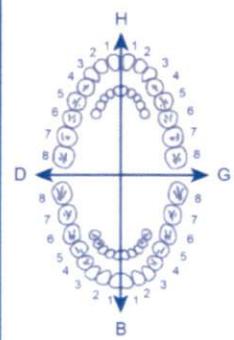
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

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	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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G			B	00000000	00000000	35533411			11433553			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	25533412	21433552																			
		D	00000000	00000000																			
		G																					
		B	00000000	00000000																			
35533411																							
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																							

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 flours

1 poste main droit
par cure de 3 jours

6 2/09/0022



N° AM :



N° RPPS :



SELARL

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 PRÉSCRITES**

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 BLERIOT
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 PRÉSCRITES**

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 BLERIOT
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 PRÉSCRITES**

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 BLERIOT
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

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

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

PARIS le 06/09/2022
(23)

Pharmacie de la Place COCHET
Patrick APPEL

06 SEP. 2022

2 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