

# 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.

M23- 0019817

198530

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 99111 Société : RAMI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : WAFIK

BADIA

Date de naissance : 1963

Adresse : CASABLANCA

Tél. : 06 68 40 38 37 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr AUGSTBURGER Edouard

ADELI 13175550600332015

RPPS 10100998003

Date de consultation : 23/01/2014

Nom et prénom du malade : WAFIK BADIA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Affection oculaire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : CASA

Le : 30/01/2014

Signature de l'adhérent(e) : 



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Da

## Natures d'Actes

## Nombre et Coefficient

### **Montant détaillé des Honoraires**

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

23/01/21 BZGK001 + D00P007 12,8,-  
ANY 8 8,80

~~Dr AUGSBURGER~~ Edouard  
ADELI 13175550600332015  
RPPS 10100998003

## EXECUTION DES ORDONNANCES

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 Praticien

Date des  
Soins

**Nombre**

## Montant détaillé des Honoraires

100

No

1

Mo

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 |  |
|------------------------------|----------------|---|-------------|--|
|                              |                |   |             | 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<br>PROTHESES DENTAIRES |                | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |             | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                              |                | H<br>25533412   21433552<br>00000000   00000000<br>D —————— 00000000   00000000<br>35533411   11433553<br>B |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                              |                | (Création, remont, adjonction)<br>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

**Madame WAFIK Badia (F)**  
**Né(e) le 14/06/1963**  
**Tél 1: 06 59 75 28 25**  
**-Antécédents: glaucome, suivie au Maroc**  
**-Traitements: Travatan**

**Dr Charles UBAUD**  
*Maison Médicale de Provence*  
Ophtalmologiste  
N° 13 1 100950

---

**DATE DE LA CONSULTATION : 23/01/2024**

**CAU**

**AE**

Kératométrie :  
ROD= 7,67/7,58 Km= 7,63 AXES OD= 105°/15°  
Dioptrie OD= 44,00/44,53 Moyenne =44,26  
Cylindre cornéen D= -0,52 à 105°

ROG= 7,66/7,53 Km= 7,60 AXES OG= 85°/175°  
Dioptrie OG= 44,06/44,82 Moyenne =44,44  
Cylindre cornéen G= -0,76 à 85°

Pachymétrie :  
OD = 475 µm (TO Brute = 11)  
OG = 474 µm (TO Brute = 13)

Autoréfractomètre :  
OD : +1,25 (-0,25 à 105°)  
OG : +1,50 (-1,00 à 90°)

Lunettes portées :  
OD : +1,25 (-0,50 à 83°) Add : + 2,25  
OG : +1,25 (-0,50 à 85°) Add : + 2,25

Réfraction subjective :  
OD= +1,25 (-0,25 à 105°)= 12/10; Add 2,25 =P 2  
OG= +1,25 (-0,50 à 90°)= 12/10; Add 2,25 =P 2  
oct rnf et cv hfa 24 ras odg  
cliches ds papilles ras odg fait en 12/ 2023  
pio 12-13 odg apres 1 mois de travatan meme si pas mis hier soir  
pachy 470 odg  
- gonio ouvert 3 pigts 3-4  
krukemberg ++ od / ++ og  
=====

=Verres Prescrits en Progressifs.

\*\*\*\*\*

TOD= 14 mm Hg TOG= 16 mm Hg-

Souhaite un deuxième avis pour son glaucome suivi au Maroc  
diagnostic fait le 22/ 12/ 23  
trt : Travatan  
CV OCT et Rétino fait en 12/2023 (cf dossier)  
n'a pas mis le Travatan depuis 1 jour

---

**DATE DE LA CONSULTATION : 23/01/2024**

**AE**

---

# quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

**Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.**

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)**

**Si vous ne payez pas votre auxiliaire médical(e),** celui-ci (celle-ci) remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

**Si vous payez votre auxiliaire médical(e),** celui-ci (celle-ci) indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous-même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
  - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
  - votre **numéro d'immatriculation**,
  - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
  - votre **date de naissance**,
  - le **nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e)** et son **numéro d'immatriculation**,
- complétez enfin cette rubrique en indiquant l'**adresse de l'assuré(e)**.

**Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre auxiliaire médical(e), y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.**

- \* • Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il(elle) doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

## Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf s'il a été joint à la demande d'accord préalable)

**Prévenez** votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne** : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme d'assurance maladie** : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer **votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

\* Si votre auxiliaire médical(e) a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.

joindre la prescription  
(s'il n'y a pas eu demande  
d'accord préalable)

# feuille de soins auxiliaire médical(e)

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture ( facultatif )

|  |   |            |   |   |   |   |
|--|---|------------|---|---|---|---|
|  |   |            |   |   |   |   |
|  |   |            |   |   |   |   |
|  | J | 23/01/2024 | A | A | A | A |

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

numéro d'immatriculation

date de naissance **J 14/06/1963 A A**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)

**MONSIEUR RIEHL FREDERIC**

29 ORTHOPTISTE

CONVENTIONNE

#### AUXILIAIRE MEDICAL(E) REMPLACANT(E)

nom et prénom

identifiant

#### IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

**DR AUGSTBURGER EDOUARD SIRET : 32576271**  
**200 ALL NICOLAS DE STAEL**  
**MAISON MEDICALE DE PROVENCE**  
**13080 AIX EN PROVENCE**

=&gt; 13 1 75550 6 00 1 20 1 29 n°AM

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

#### IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

identifiant

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

#### CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS

prestation ou traitement prescrit le

J J M M A A A 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

**SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115**  
(*cf. la notice au verso : § précédé de "..." et les recommandations importantes*)

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 EFFECTUÉS

| dates des actes   | codes des actes        | tarification | montant des honoraires ① | dépass.        | frais de déplacement |              |                 |
|-------------------|------------------------|--------------|--------------------------|----------------|----------------------|--------------|-----------------|
|                   |                        |              |                          |                | I.F.<br>②            | I.K.<br>nbre | DD<br>montant ③ |
| J J M M A A A A   |                        |              |                          |                |                      |              |                 |
| J J M M A A A A   | <b>NE PAS UTILISER</b> |              |                          |                |                      |              |                 |
| J J M M A A A A   | <b>EN ATTENTE</b>      |              |                          |                |                      |              |                 |
| <b>23/01/2024</b> | <b>BZQK001</b>         | <b>1</b>     | <b>1</b>                 | <b>68,30 €</b> |                      |              |                 |
| <b>23/01/2024</b> | <b>DU CODAGE</b>       |              |                          |                |                      |              |                 |
| J J M M A A A A   | <b>BGQP007</b>         | <b>1</b>     | <b>2</b>                 | <b>59,90 €</b> |                      |              |                 |
| J J M M A A A A   | <b>DES ACTES</b>       |              |                          |                |                      |              |                 |
| J J M M A A A A   |                        |              |                          |                |                      |              |                 |

#### PAIEMENT

**MONTANT TOTAL**  
en euros (1+2+3)

**128,20 €**

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 actes

**Dr AUGSTBURGER Edouard**  
ADELI 1317550600332015  
PPPS 10100998003

signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou d'abus de pouvoir 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 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 pourrez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

## quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

**Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.**

La première information à donner concerne la personne recevant les soins et l'assuré(e) :

- Si vous ne payez pas votre médecin, celui-ci remplit l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne, y compris le code de l'organisme de rattachement.

- Si vous payez votre médecin, celui-ci indique uniquement vos nom et prénom, selon vos indications, ou en reprenant les informations contenues dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres lignes de cette rubrique sont à compléter par vous-même (le code de l'organisme de rattachement ne doit pas être indiqué dans ce cas) :

- si vous êtes la personne recevant les soins et aussi l'assuré(e), inscrivez seulement :
  - votre numéro d'immatriculation (il est indiqué sur votre carte Vitale et sur l'attestation papier qui l'accompagne),
- si vous êtes la personne recevant les soins mais pas l'assuré(e), écrivez :
  - votre numéro d'immatriculation,
  - ou (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
  - votre date de naissance,
  - le nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e) et son numéro d'INAMI,
- complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à remplir par votre médecin, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- Si l'acte qu'il effectue est en rapport avec l'affection de longue durée (ALD), il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- \* • Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont liés à un accident causé par une personne autre que vous-même, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements, recueillis sous votre responsabilité, doivent obligatoirement figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à votre accident auprès de l'assureur de la personne ayant causé cet accident.
- Si vos soins sont liés à un accident du travail, ou à une maladie professionnelle, présentez à votre médecin la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins est votre nouveau médecin traitant, il doit cocher la case prévue à cet effet. Dans ce cas, n'oubliez pas d'envoyer à votre caisse d'assurance maladie la nouvelle déclaration de choix du médecin traitant.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins n'est pas le médecin traitant que vous avez déclaré, il doit indiquer si l'acte est réalisé à la demande de celui-ci. Dans ce cas, il reporte sur la feuille de soins le nom et le prénom de votre médecin traitant. Si votre état de santé nécessite l'intervention de plusieurs médecins, ces informations doivent également être reportées sur la feuille de soins par ces médecins.

Dans la négative, le médecin doit cocher l'une des cases permettant de préciser si les soins sont réalisés :

- par un médecin exerçant une spécialité à accès direct (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie) ou par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies (art. D 162-1-6, 6° du Code de la sécurité sociale),
- en urgence,
- hors de votre résidence habituelle (par exemple lorsque vous êtes en congé),
- par un médecin remplaçant votre médecin traitant en son absence,
- en accès libre non coordonné, c'est-à-dire lorsque vous consultez directement un médecin qui n'est pas votre médecin traitant.

### Recommandations importantes :

Prévenez votre organisme d'assurance maladie à l'occasion d'un changement intervenant dans votre situation, comme, par exemple, en cas de :

- changement de compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne : envoyez-lui votre nouveau relevé d'identité de compte,
- changement d'organisme d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations. Votre ancien organisme d'assurance maladie peut vous aider dans cette démarche.
- \* Si le médecin a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.

**feuille de soins - médecin**

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

numéro de facture (facultatif)

date J 23/01/2024 A A A

**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

**WAFIK Badia**

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

**14/06/1963**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****DOCTEUR AUGSTBURGER EDOUARD**

15 OPHTHALMOLOGIE

CONVENTIONNÉ HONO. LIBRES

**IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE**

MAISON MEDICALE DE PROVENCE SEL

200 ALLEE NICOLAS DE STAEL

**13100 AIX EN PROVENCE**

=&gt; 13 1 75550 6 00 3 32 0 15 n°AM

**MEDECIN REMPLACANT**

nom et prénom

identifiant

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)

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

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

 MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

 AT/MP

n uméro

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 EFFECTUÉS**

(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 VINPSY | autres actes (K, CsC, P...)<br>éléments de tarification CCAM | montant des honoraires facturés | dépass. | frais de déplacement |
|-----------------|-----------------|-----------|--------------------------|--|---------------------------------|---------|----------------------|
|                 |                 |           |                          |  |                                 | LD      | L.K.                 |
|                 |                 |           |                          |  |                                 | M.D.    | nbre                 |
| 23/01/2024 A A  | <b>AMY 8</b>    |           |                          |  | <b>20,80 €</b>                  |         |                      |
| 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)**20,80 €**

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

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

signature du médecin

**Dr AUGSTBURGER Edouard**

ayant effectué

l'acte ou les actes

ADELI 13175550600332015

signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de falsification, 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.

**MAISON MEDICALE DE PROVENCE**  
**OPHTAPROVENCE**

Consultations  
Chirurgie oculaire  
Exploration fonctionnelle de l'œil  
Adaptation de lentilles de contact

*Sur rendez-vous*

Docteur A. ADRIAN  
Ancien Interné Marseille  
Médaille d'Or  
Ophtalmologiste  
13 1 109167 0 3 32 0

Docteur C. BERNARD  
D.E.S Ophtalmologie  
13 1 753345

Docteur L. CANTENOT  
D.E.S. Ophtalmologie  
13 1 16613 4 0 3 32 0

Docteur L. MAJSTRUK  
Ancien interne et  
chef de Clinique des Hôpitaux  
13 4 049106

Docteur C.A UBAUD  
D.E.S Ophtalmologie  
13 1 10095 0 00 3 32015

13 1 050957

Docteur M. CHEVALIER  
D.E.S. Ophtalmologie  
13 1 75333

Docteur E. AUGSTBURGER  
Chirurgie vitréo-rétinienne,  
du glaucome et de la cataracte  
10 10 09 980 03

Aix-en-Provence, le

23/01/24.

NOTE D'HONORAIRES

Nom du patient : WAFIR Badia .

Consultation du : 23/01/24

Acte côté et montant de l'acte :

169,00 € réglé à jour.

Docteur

Dr Charles UBAUD  
Maison Médicale de Provence  
Ophtalmologiste  
N° 13 1 100950

**MAISON MEDICALE DE PROVENCE**

200 AVENUE NICOLAS DE STAEL 13595 AIX EN PROVENCE Tél. 04 42 17 01 13 - Fax 04 42 23 53 96

Membre d'une association de gestion agréée - Le règlement par chèque est accepté