

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## adie 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2371 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TOUNHAMI MOHAMED

Date de naissance : 12/02/1951 OUJDA

Adresse : RES RAM Route El Jadida IMLB ALIT602

CASABLANCA

Tél. : 06 61 83 44 52 Total des frais engagés : 173 Euros Dhs

## Cadre réservé au Médecin

**Docteur Bénédicte SIBILLE**

OPHTALMOLOGISTE

CERK

50 cours Franklin Roosevelt

69006 LYON

Tél. : 04 72 83 49 17

69 120 587 6

Date de consultation : 04/04/2022

Nom et prénom du malade : TOUNHAMI mohamed Age : 71

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : DMLA

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 : 11/04/2022

Signature de l'adhérent(e) : TOUHAMI

## **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
04.04.2022	OCT		173 €	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

#### **(Création, remont, adjonction)**

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DU DR BENEDICTE SIBILLE  
DABADIE  
Docteur SIBILLE DABADIE BENEDICTE  
N° ADELI: 10002912706  
N° Facturation: 691205876

Assuré: TOUHAMI MOHAMED  
NIR: 1 11 11 11 111 111 20  
Bénéficiaire: TOUHAMI MOHAMED

Facture 000001210 du 04/04/2022

Date	Acte	Base de Remboursement	Justificatif_Exo	Part AMO	Part AMC	Part Patient	Total
20220404	ATM	47,88	70% Exo 0	33.52	0,00	106,48	140,00
20220404	ATM	14,15	70% Exo 0	9,91	0,00	23,09	33,00

Docteur Bénédicte SIBILLE  
OPHTALMOLOGISTE  
CERK  
50, cours Franklin Roosevelt  
69006 LYON  
Tél. : 04 72 83 49 17  
69 120 587 6

B. DABADIE  
*S. S.*

*facture acquittée*

Montant réglé par le patient

173,00 €

Centre d'Exploration de la Rétine Kléber



**Docteur Bénédicte DABADIE**

Ancien Interne des Hôpitaux  
Assistant des Hôpitaux  
Chef de Clinique à la Faculté

Chirurgie oculaire  
Angiographie Laser

69 1 20587 6

**Centre d'Exploration de la Rétine Kléber**

50 cours Franklin Roosevelt  
69006 LYON

Tél : 04 72 83 49 17

[contact@cerk.fr](mailto:contact@cerk.fr) / [www.cerk.fr](http://www.cerk.fr)



**Monsieur TOUHAMI Mohamed**

Lyon, le 04/04/2022

**COMPTE RENDU de TOMOGRAPHIE EN COHERENCE OPTIQUE  
MACULAIRE (OCT)**

**Indication:** Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA/pachychoroide) ODG post Injections intravitréennes n°

a eu 9 ivt odg

**OEIL DROIT:**

- *Rétinographie: pas d'hémorragie*

**OCT-OCTA:**

Décollement de l'épithélium pigmentaire

absence de Décollement séreux rétinien

pachychoroide

mapping: 327  $\mu$

**OEIL GAUCHE:**

- *Rétinographie: pas d'hémorragie*

**OCT-OCTA:**

Décollement de l'épithélium pigmentaire avec Décollement séreux rétinien

OCT-A : pas de signal ce jour

pachychoroide

mapping: 288  $\mu$

**CONCLUSION:**

OD : absence de récidive

OG : récidive des néovaisseaux dans le cadre d'une forme frontière DMLA /

pachychoroide : faire une ivt

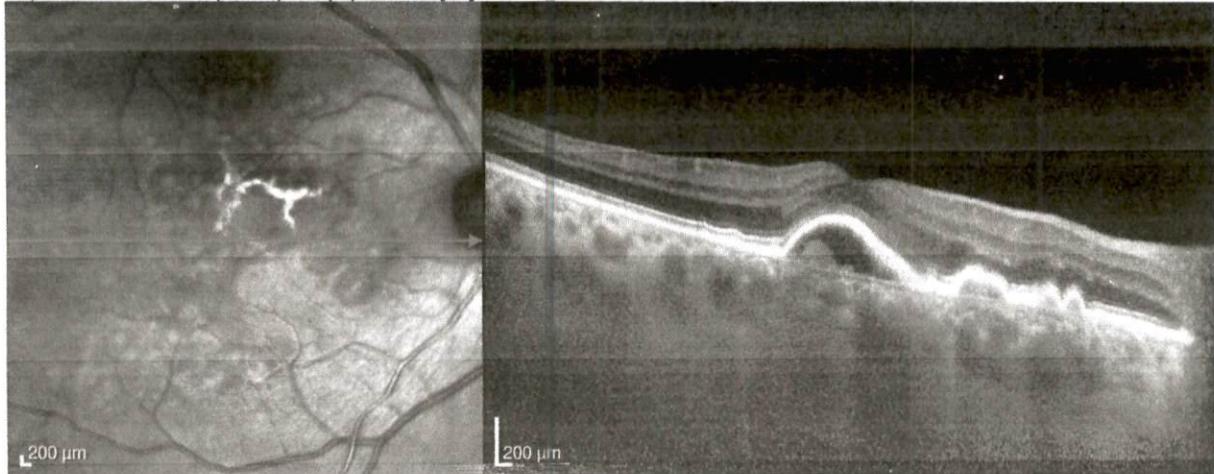
Dr B. Dabadie

Patient: TOUHAMI, Mohamed  
Patient ID: 459843

DOB: 12/févr./1951  
Exam.: 04/avr./2022

Sex: M

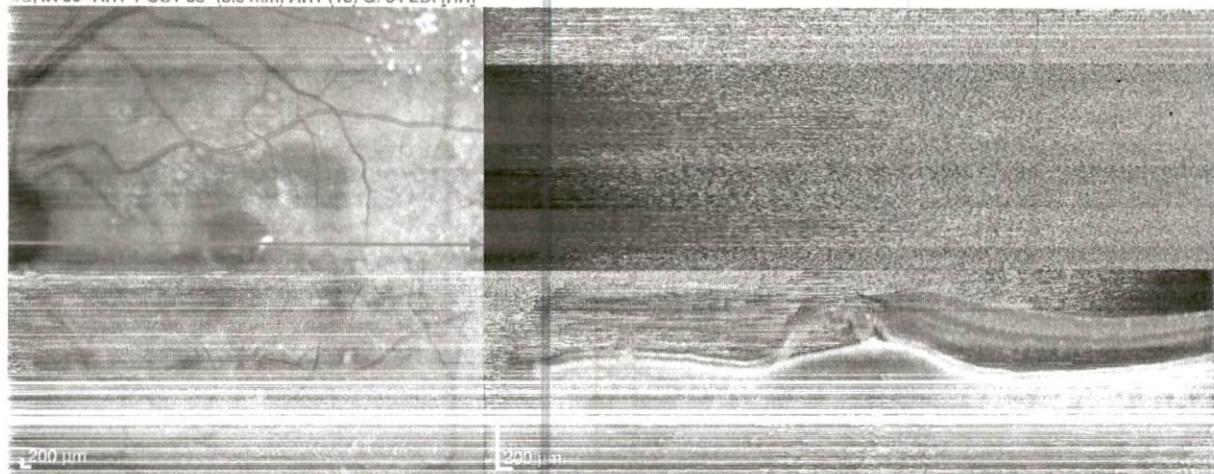
OD, IR 30° ART + OCT 30° (8.2 mm) ART (17) Q: 27 EDI [HR]



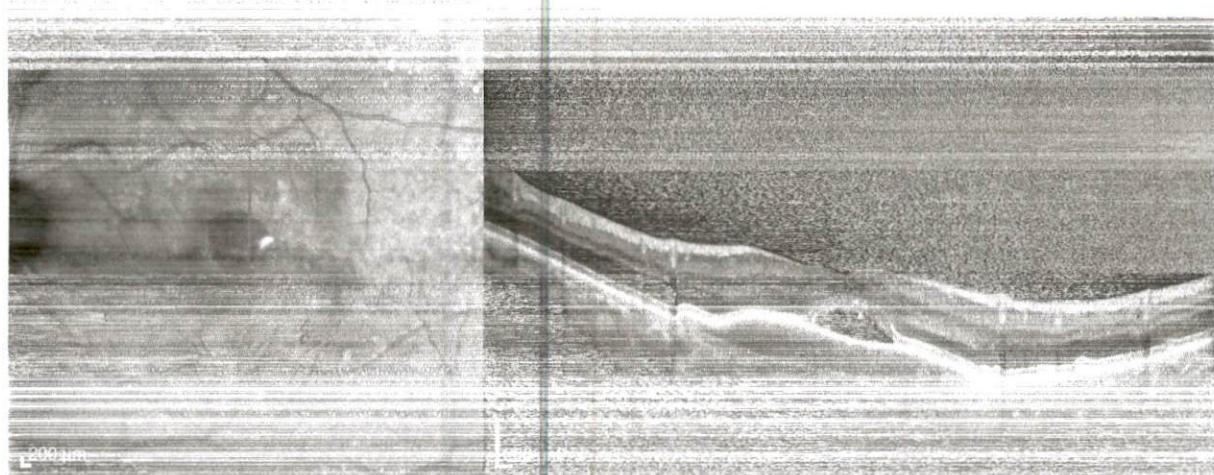
OD, IR 30° ART + OCT 30° (8.2 mm) ART (16) Q: 34 EDI [HR]



OS, IR 30° ART + OCT 30° (8.3 mm) ART (16) Q: 34 EDI [HR]



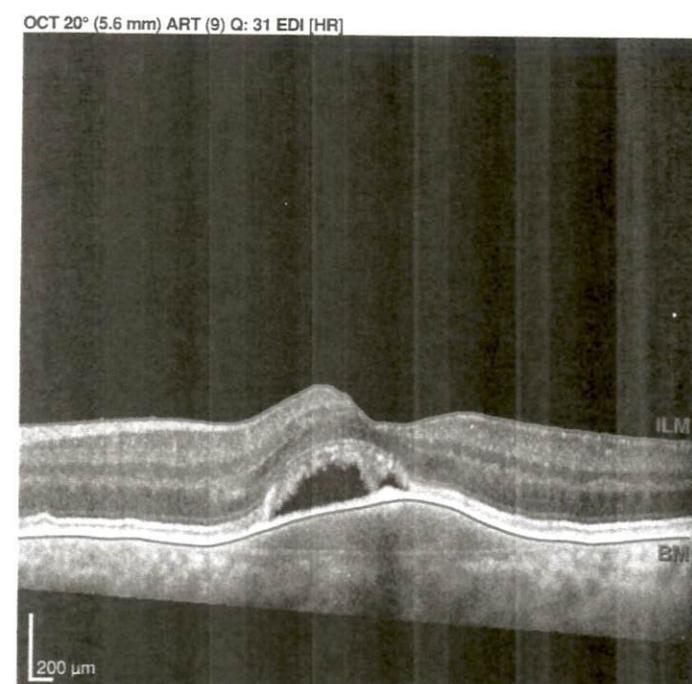
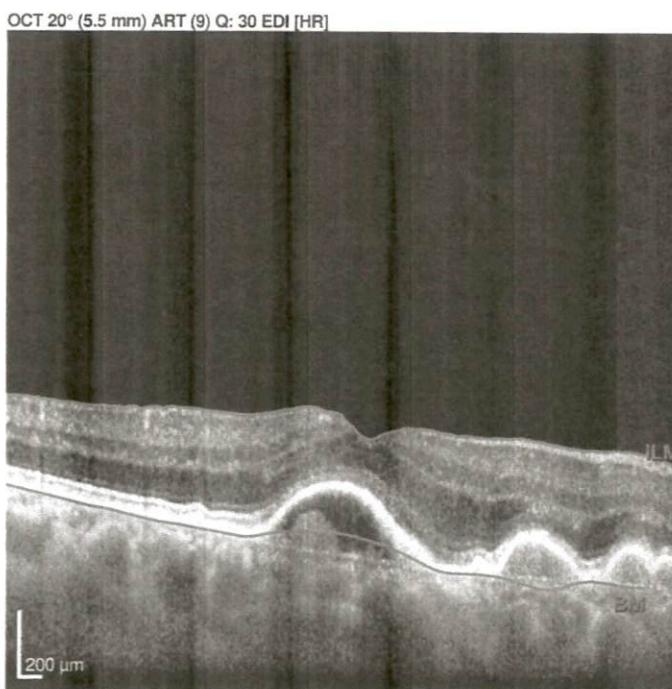
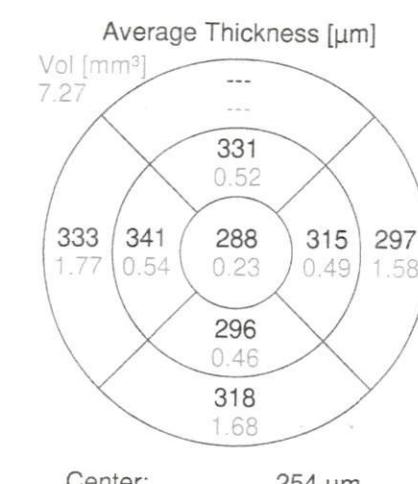
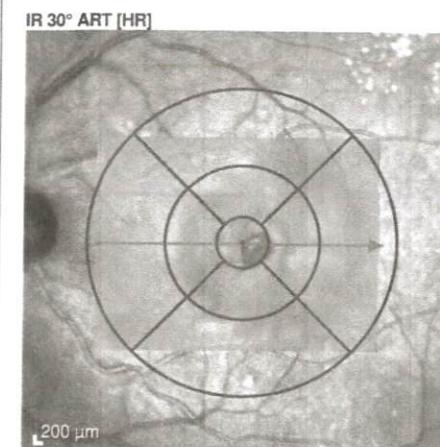
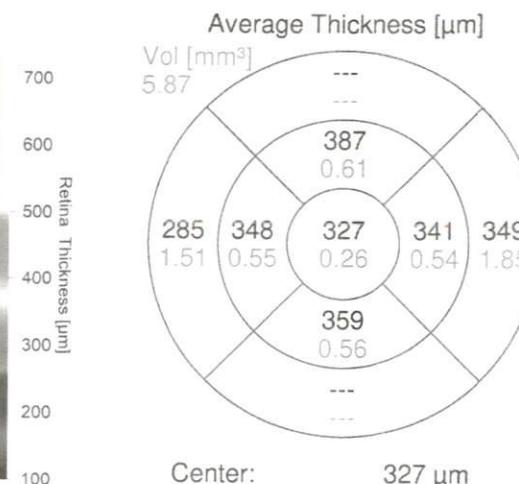
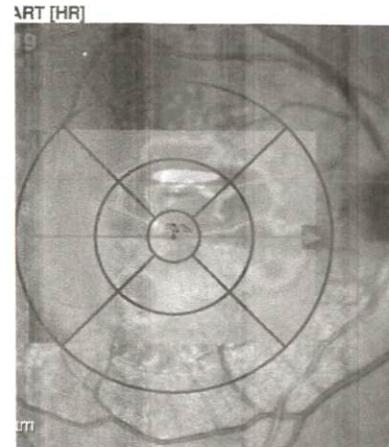
OG, IR 30° ART + OCT 30° (8.2 mm) ART (17) Q: 32 EDI [HR]



Name: TOUHAMI, Mohamed  
ID: 459843

DOB: 12/févr./1951  
Exam.: 04/avr./2022

Sex: M



**Overview Report**

SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography

Patient: TOUHAMI, Mohamed

Patient ID: 459843

Diagnosis: ---

**HEIDELBERG  
ENGINEERING**

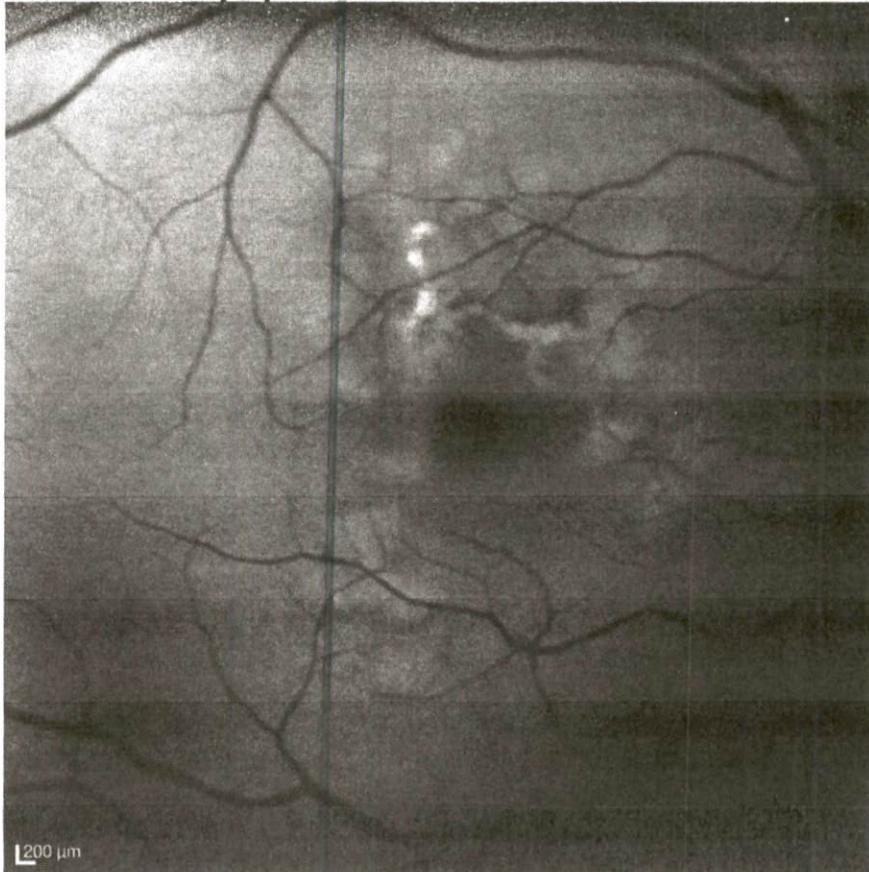
DOB: 12/févr./1951

Exam.: 04/avr./2022

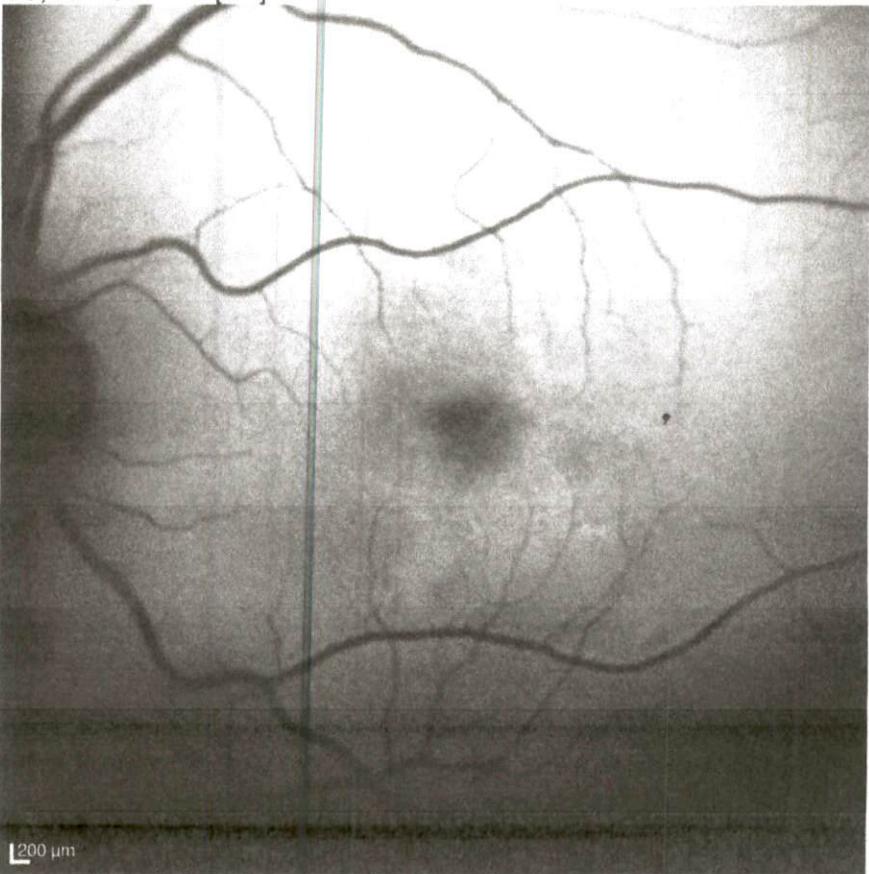
Sex: M

Comment: ---

OD, BAF 30° ART [HR]



OS, BAF 30° ART [HR]



Notes:

Date: 04/04/2022

Signature:

SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography

Patient: TOUHAMI, Mohamed

Patient ID: 459843

Diagnosis: ---

ENGINEERING

OS

DOB: 12/févr./1951

Exam.: 04/avr./2022

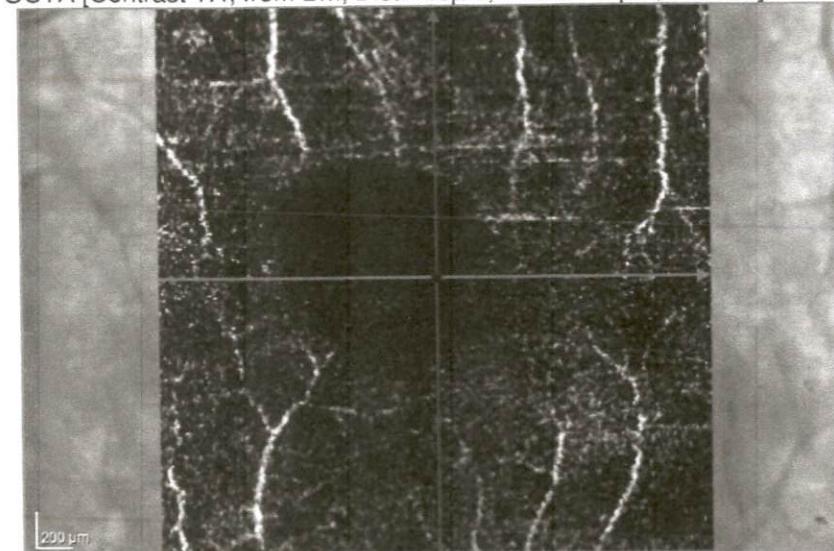
Comment: ---

Sex: M

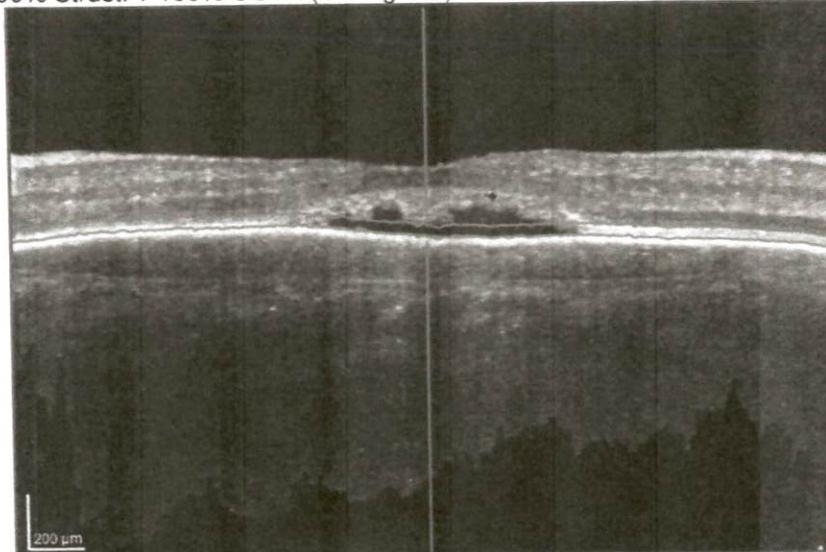
Structural OCT [Mean from BM, Dist: -43µm, Thickn: 40µm]



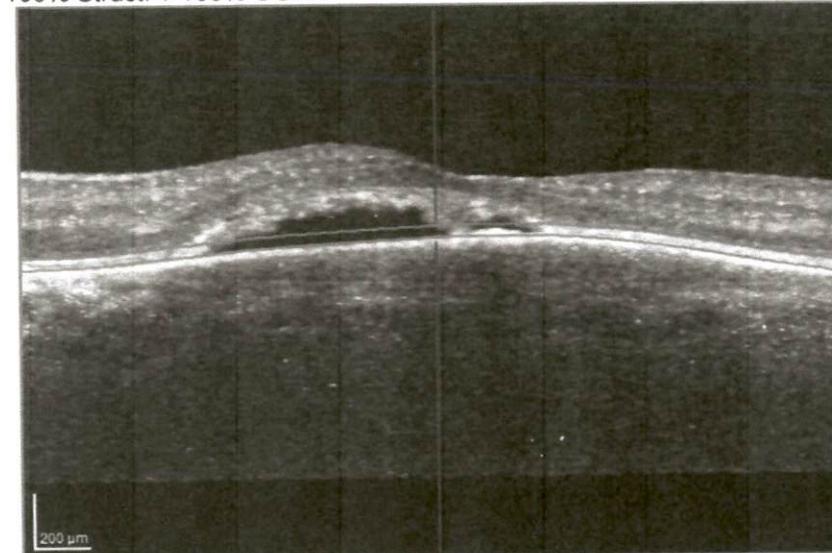
OCTA [Contrast 1:4, from BM, Dist: -43µm, Thickn: 40µm; PAR off]



100% Struct. + 100% OCTA (Orthogonal)



100% Struct. + 100% OCTA



Notes:

Date: 04/04/2022

Signature:

## feuille de soins - médecin

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)

000001210

date 0 4 0 4 2 0 2 2

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURÉ(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)  
 nom et prénom **TOUHAMI MOHAMED**  
 (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))  
 numéro d'immatriculation

date de naissance **1 2 0 2 1 9 5 1**code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le médecin)

ASSURÉ(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'ASSURÉ(E)

## IDENTIFICATION DU MEDECIN

**DOCTEUR SIBILLE DABADIE BENEDICTE**

15 OPHTALMOLOGIE

CONVENTIONNÉ HONO. LIBRES

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

**CENTRE OPHTALMOLOGIQUE KLEBER**  
**50 COURS FRANKLIN ROOSEVELT****69006 LYON**

## MEDECIN REMPLACANT

**=> 69 1 20587 6 00 3 32 1 15 n°AM**

nom et prénom

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

identifiant

## CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

**X** MALADIE (si cocher une case de la ligne suivante)SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115  
(cf. la notice au verso : §-précédé de "soins"  
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole AED      action de prévention      autre

accident causé par un tiers :      non      X      oui      date

MATERNITE      date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

AT/MP      numéro      date      ou      date

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

**X**

## ACTES EFFECTUÉS

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

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	dépass.	I.D. ② M.D. nbre	frais de déplacement I.K. montant
-----------------	-----------------	-----------	----------------------------------	---	---------------------------------	---------	---------------------	--------------------------------------

0 4 0 4 2 0 2 2 B Z Q K 0 0 1 1

1 1 4 0 , 0 0 X

0 4 0 4 2 0 2 2 B G Q P 0 0 2 1

2 3 3 , 0 0 X

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros (1+2+3)

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 actes

Dr B. DABADIE

signature de l'assuré(e)

impossibilité de signer

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