

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Maladie chronique :

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

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° M21-0030854

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2371 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TOUHAMI MOHAMED
Date de naissance : 12/02/1951 Oujda
Adresse : LES RAM, Route El Jadida ITW6 APPT602 CASABLANCA
Tél. : 0661834452 Total des frais engagés : 173 euros

Cadre réservé au Médecin

Docteur Bénédict SIBILLE
OPHTALMOLOGISTE
CERK
50, cours Franklin Roosevelt
69006 LYON
Tél. : 04 72 83 49 17
69 120 587 6
Cachet du médecin :
Date de consultation : 04/04/2022
Nom et prénom du malade : TOUHAMI 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 : CASABLANCA Le : 14/04/2022
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
01/04/2022	DCT		133 €	

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
		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

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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

CABINET DU DR BENEDICTE SIBILLE
DABADIE
Docteur SIBILLE DABADIE BENEDICTE
N° ADEL: 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

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 / 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/pachychoroïde) 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

pachychoroïde

mapping: 327 μ

OEIL GAUCHE:

- **Rétinographie:** pas d'hémorragie

OCT-OCTA:

Décollement de l'épithélium pigmentaire avec Décollement séreux rétinien

OCT-A : pas de signal ce jour

pachychoroïde

mapping: 288 μ

CONCLUSION:

OD : absence de récurrence

**OG : récurrence des néovaisseaux dans le cadre d'une forme frontière DMLA /
pachychoroïde : faire une ivt**

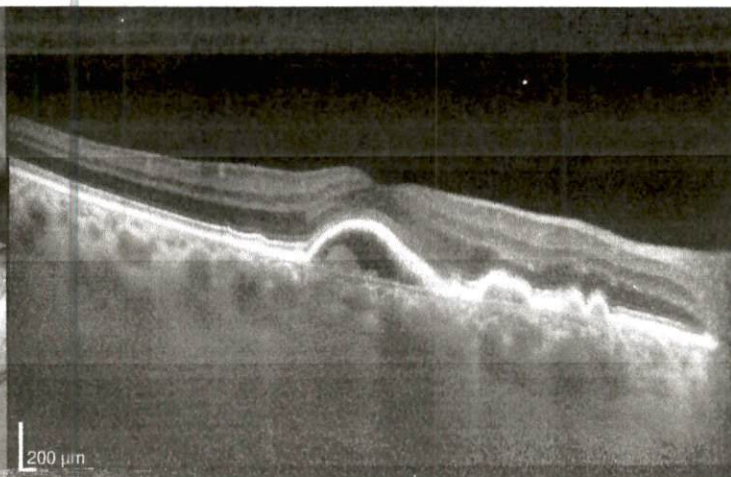
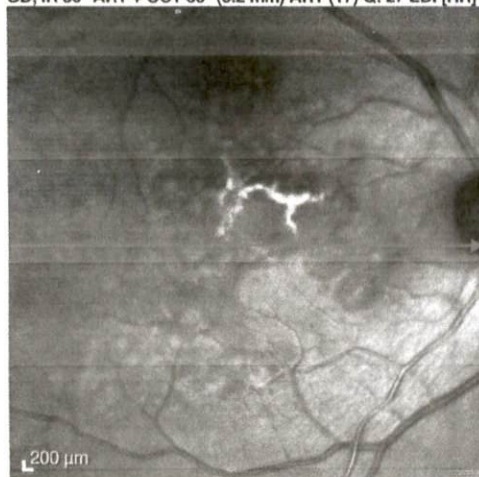
Dr B. DABADIE

tient: TOUHAMI, Mohamed
tient ID: 459843

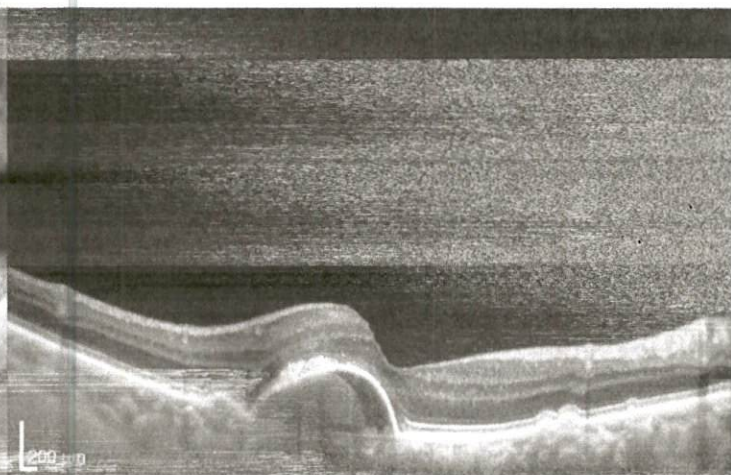
DOB: 12/févr./1951
Exam.: 04/avr./2022

Sex: M

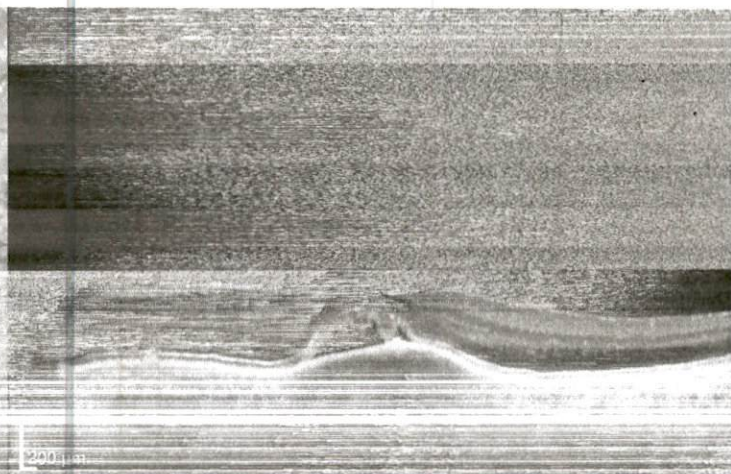
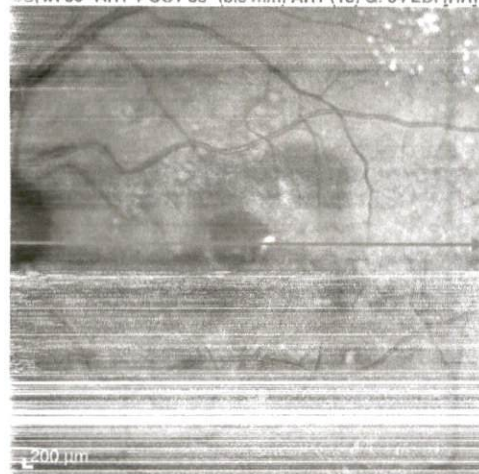
OD, IR 30° ART + OCT 30° (8.2 mm) ART (17) Q: 27 EDI [HR]



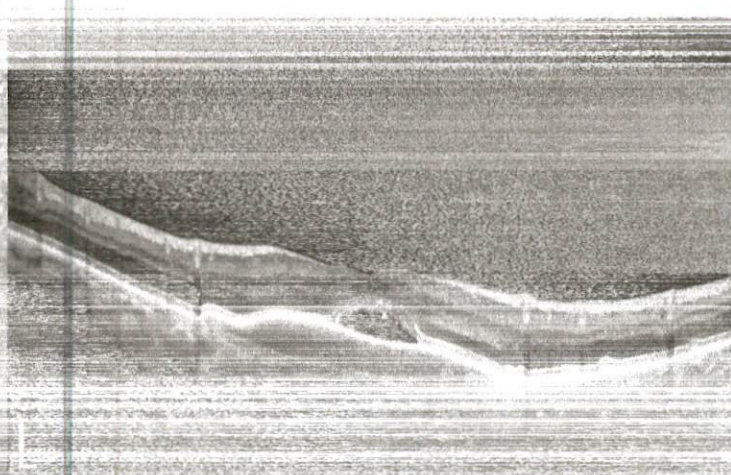
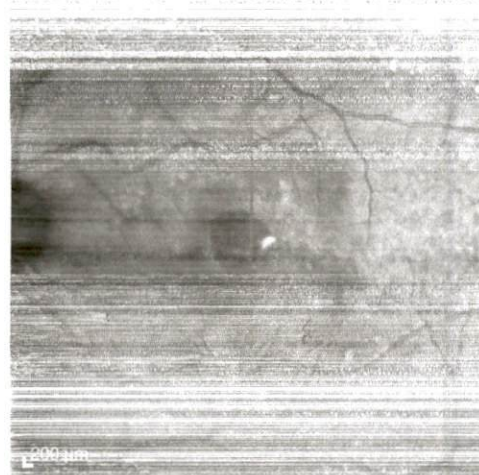
OD, IR 30° ART + OCT 30° (8.2 mm) ART (16) Q: 34 EDI [HR]



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



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

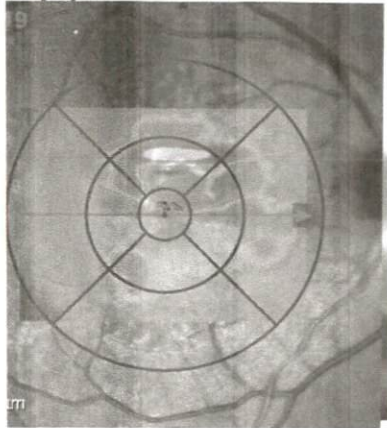


nt: TOUHAMI, Mohamed
nt ID: 459843

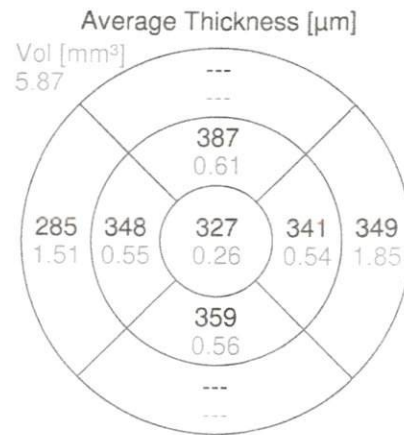
DOB: 12/févr./1951
Exam.: 04/avr./2022

Sex: M

ART [HR]

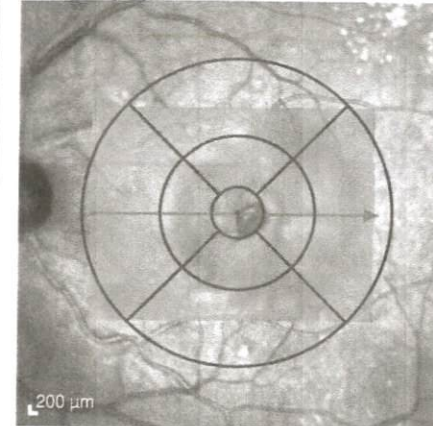


Retina Thickness [μm]
700
600
500
400
300
200
100

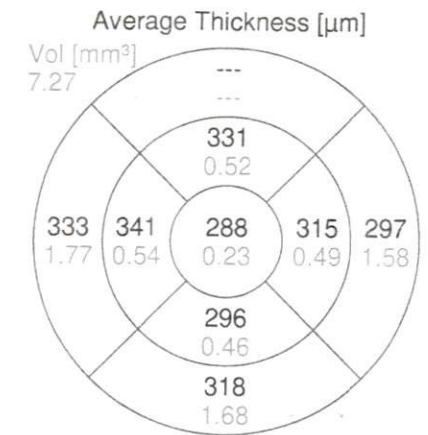


Center: 327 μm
Central Min: 267 μm
Central Max: 377 μm
Circle Diameters: 1, 3, 6 mm ETRS

IR 30° ART [HR]

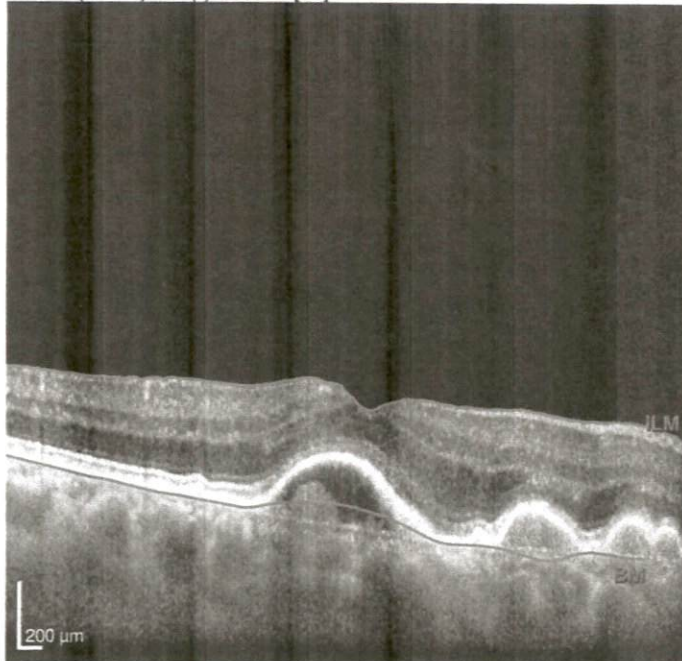


Retina Thickness [μm]
700
600
500
400
300
200
100

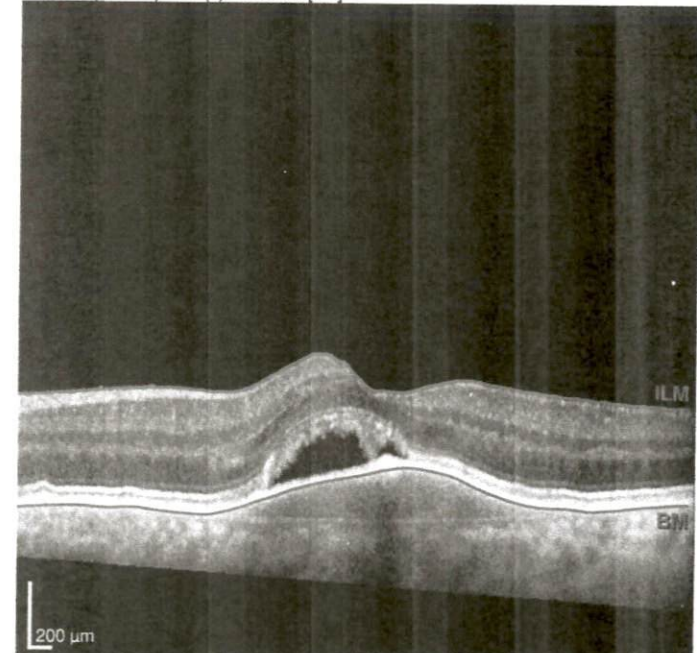


Center: 254 μm
Central Min: 213 μm
Central Max: 380 μm
Circle Diameters: 1, 3, 6 mm ETRS

OCT 20° (5.5 mm) ART (9) Q: 30 EDI [HR]



OCT 20° (5.6 mm) ART (9) Q: 31 EDI [HR]



Overview Report
SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography

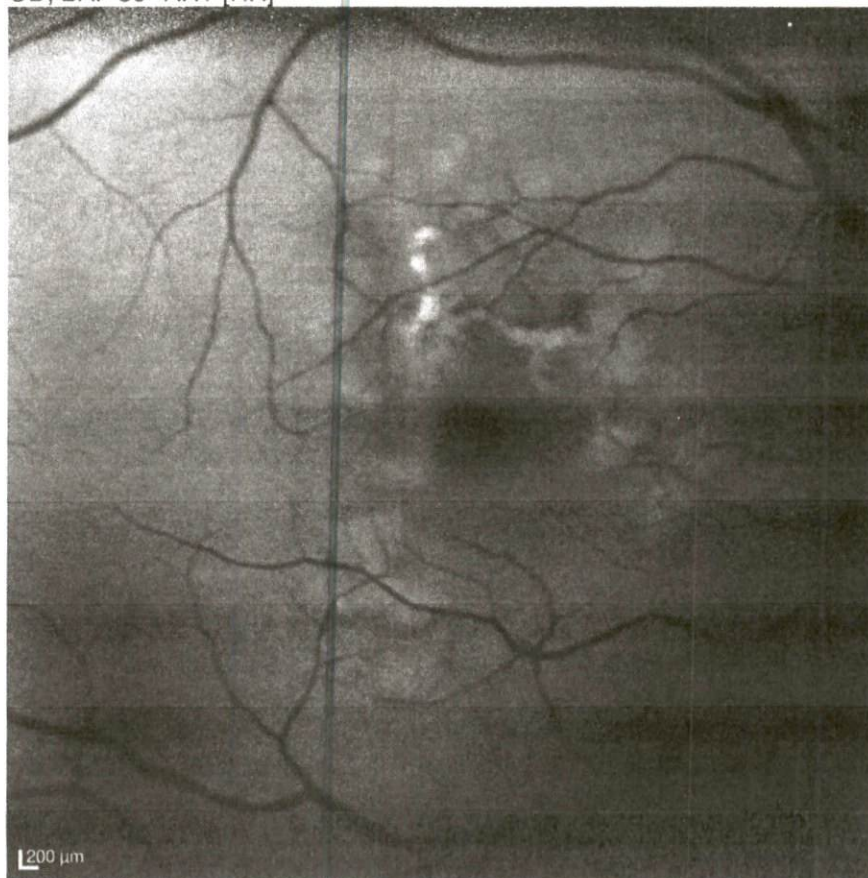
**HEIDELBERG
ENGINEERING**

Patient: TOUHAMI, Mohamed
Patient ID: 459843
Diagnosis: ---

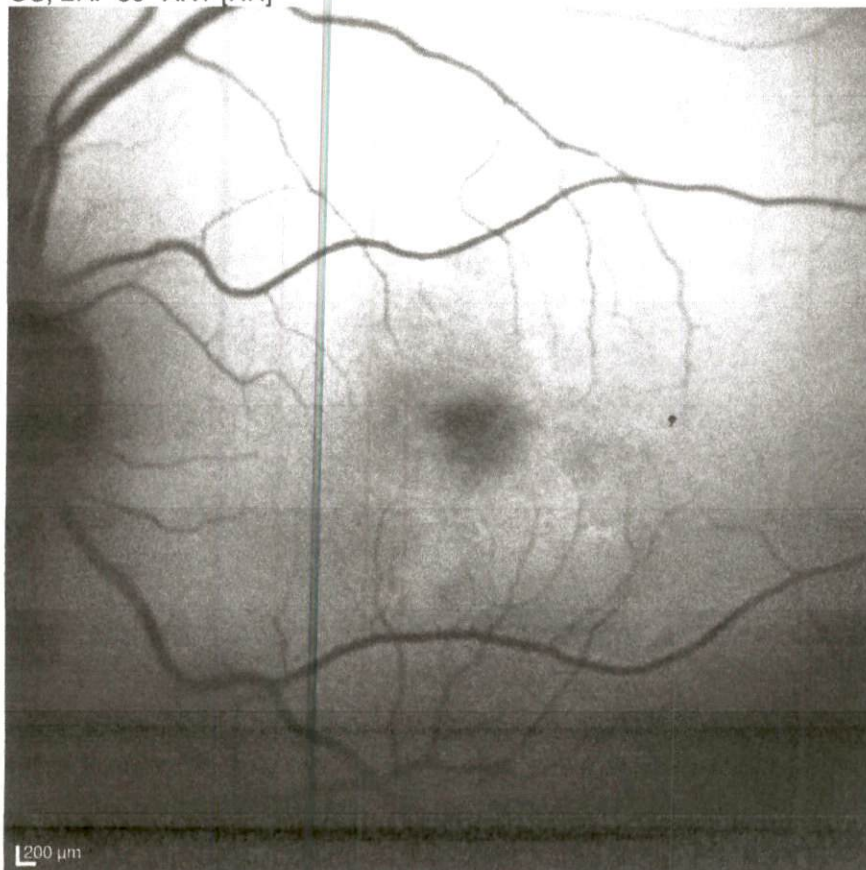
DOB: 12/févr./1951
Exam.: 04/avr./2022
Comment: ---

Sex: M

OD, BAF 30° ART [HR]



OS, BAF 30° ART [HR]



Notes:

Date: 04/04/2022

Signature:

Patient: TOUHAMI, Mohamed
Patient ID: 459843
Diagnosis: ---

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

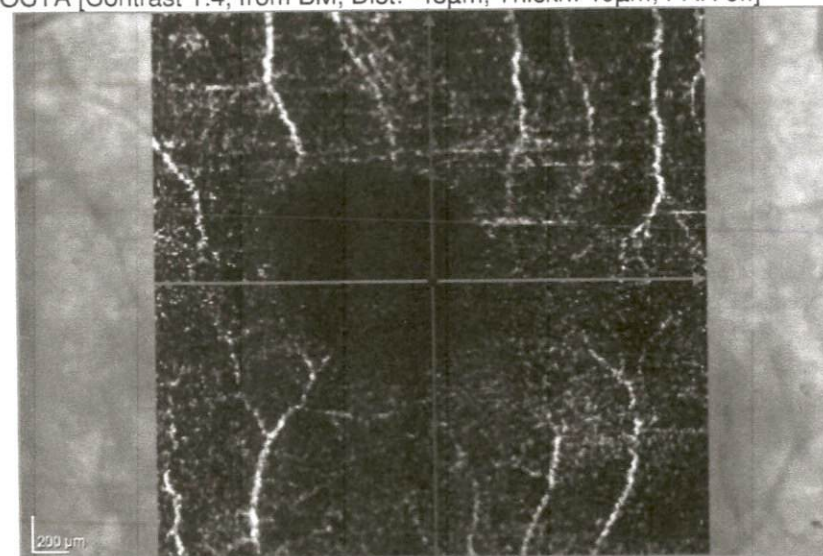
Sex: M

OS

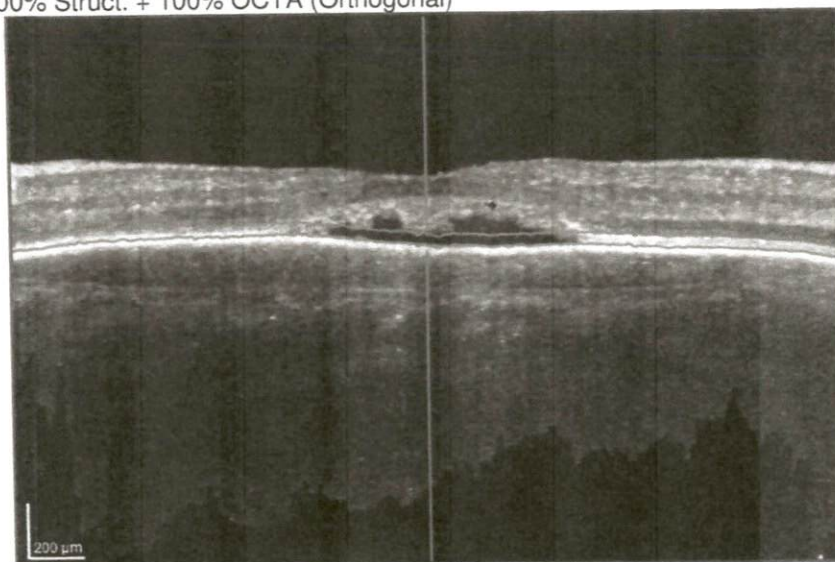
Structural OCT [Mean from BM, Dist: -43µm, Thickn: 40µm]



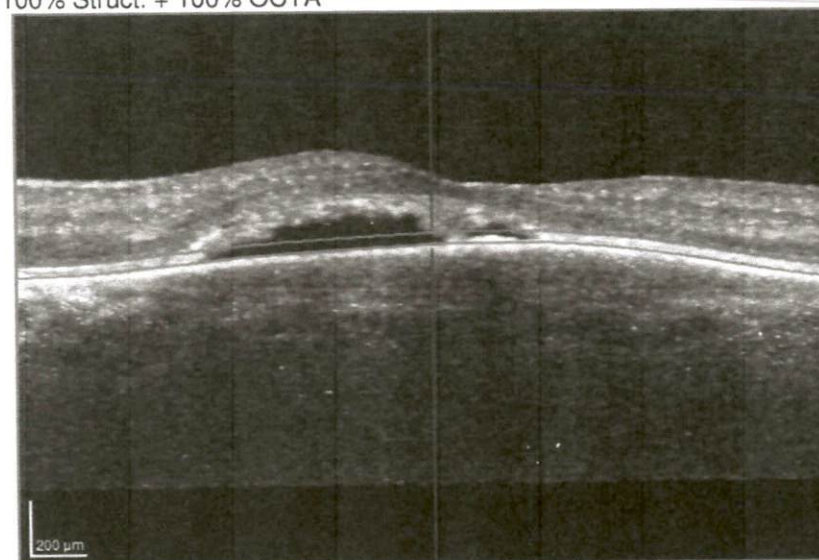
OCTA [Contrast 1:4, from BM, Dist: -43µm, Thickn: 40µm; PAR off]



100% Struct. + 100% OCTA (Orthogonal)



100% Struct. + 100% OCTA



Notes:

Date: 04/04/2022

Signature:

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 **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)

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

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

DOCTEUR SIBILLE DABADIE BENEDICTE

CENTRE OPHTALMOLOGIQUE KLEBER
50 COURS FRANKLIN ROOSEVELT

15 OPHTALMOLOGIE

CONVENTIONNE HONOR. LIBRES

69006 LYON

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

=> 69 1 20587 6 00 3 32 1 15 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

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

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

acte conforme au protocole AID

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

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 EFFECTUES

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

dates des
actescodes des
actes

activités

C. CS
CNPSY
V. VS
VNPSYautres actes
(K, CsC, P...)
éléments de tarification
CCAMmontant des
honoraires
facturés ①

dépass.

I.D. ②

frais de déplacement
M.D. nbre

I.K.

montant ③

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.