

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0027648

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7462 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NABIL JASUD 174697  
 Date de naissance : 11.08.1963  
 Adresse : 31 Av Hassan Soukran CASABLANCA  
 Tél : 0661 31 66 64 Total des frais engagés : 150 000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : Casablanca Le : 26 / 06 / 2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

### 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

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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE CENTRALE ORLY</b> 35 Avenue de L'Aérodrome 94310 Orly Tél : 01 48 53 42 91 ID 942017005	22/6/23 22/6/23	144,92 € 9,68 €

# 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				CCEFFICIENT 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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Identification du prescripteur  
(nom, prénom et identifiant)

MANVEER SINGH

N° RPPS

CCH CARDIOLOGIE

Identification de la structure

(raison sociale du cabinet, de l'établissement et N°AM, FINESS ou SIRET)

GH COCHIN

N° FINESS



750100166

Identification du patient

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)

DAOUD Nabil

N° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

Ordonnance du 21/06/2023 à 18:11

Né le 11/08/1963

Agé de 59 ans

Poids : 68 kg, Taille : 170 cm

**Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)**  
(AFFECTION EXONERANTE)

KARDEGIC 75mg un sachet le matin  
CLOPIDOGREL 75mg un comprimé le matin  
PANTOPRAZOLE 20mg un comprimé le soir

BISOPROLOL 3.75 mg un comprimé le matin  
LIPTRUZET 10/80mg un comprimé le soir

QSP 6 mois, a renouveler

**Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée**  
(MALADIES INTERCURRENTES)

Génériques souhaités (sauf mention contraire)  
Fin de prescription

Ordonnance validée électroniquement par MANVEER SINGH



PHARMACIE CENTRALE D'ORL Y-Fact. Num.: 653977  
35 AVENUE DE L'AERODROME Date Fact.: 22/06/2023  
943100RL Y Date Ord.: 21/06/2023  
942017005Medecin: INTERNE Interne  
Tel.: 0148534291 Code Op: 13  
INSEE: Malade: DAOUID Nabli  
15 rue Louis Bonin 943100RL Y VILLE

DESIGNATION CIP Prix / Base SHUT X 55  
3KARDECIG 75 MG 534009347441981,62 -1,02 0  
ACHETS 30 Lot: 640867  
3CLOPIDOGREL 75MG34009302385167,75 -1,02 0  
VIATRIS CIP 30x10rdo: 1000108 Lot: 1301013  
3RANTOPRAZOLE 20MG34009278005424,10 -1,02 0  
G VIATRIS CIP 280rdo: 1000109 Lot: 8151520  
3BISOPROLOL 3,75MG34009301839604,13 -1,02 0  
G VTS CIP SEC 30Dus: 20rdo: 1000110 Lot: 8146261  
1LIPTRUZET 10mg/8340092800584772,73 -2,76 0  
Omig Cpr peli Plaqrdo: 1000111 Lot: X013782  
1Hemor. dispens. 0,31 - 0  
HC  
1Hemor. dispens. 0,51 - 0  
HDR  
1Hemor. dispens. 3,57 - 0  
HDE  
MONTANT TOTAL : 144,92 MONTANT AMD : 0,00  
MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 144,92  
Ces montants s'entendent ayant application, le cas échéant, de la franchise prévue à l'article 172 du Code de la Sécurité Sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

**Clopidogrel**  
comprimés pelliculés  
clopidogrel

Voie orale

30 x 1 comprimés

PC 03400930238516  
SN 1RPFHWN181  
Lot 1301002  
EXP 02/2026

**Clopidogrel**  
comprimés pelliculés  
clopidogrel

Voie orale

30 x 1 comprimés p

PC 03400930238516  
SN 1993KXANST  
Lot 1301013  
EXP 02/2026

**Clopidogrel**  
comprimés pelliculés  
clopidogrel

Voie orale

30 x 1 comprimés p

PC 03400930238516  
SN 28H7161RG4  
Lot 1301013  
EXP 02/2026

**Bisoprol**  
3,75 mg  
Hémifumarate de bisoprol  
Voie orale

30 comprimés p

PC 03400930183960  
SN 213R2M7WG6  
Lot 8151060  
EXP 09/2024

**Bisoprol**  
3,75 mg  
Hémifumarate de bisoprol  
Voie orale

PC 03400930183960  
SN 23169R6X8P  
Lot 8151060  
EXP 09/2024

**Bisoprol**  
3,75 mg  
Hémifumarate de bisoprol  
Voie orale

30 comprimés p

PC 03400930183960  
SN 1WT8G643MV  
Lot 8146261  
EXP 08/2024

**KARDECIG®**  
75mg  
5202\*20 DX3  
2980M9 LOT1

**KARDECIG®**  
75mg  
5202\*20 DX3  
2980M9 LOT1

**KARDECIG®**  
75mg  
LOT 640867  
EXP 02.2025

PHARMACIE CENTRALE D'ORLY  
M. GERVAIS  
35 AVENUE DE L'AERODROME  
94310 ORLY  
FRANCE  
Tel: 0148534291  
N° SIRET: 85160979200011  
Code NAF: 4773Z - FR29851609792

Page

1 / 1

FACTURE

N°2765/653978

Du 22/06/2023

Date de l'échéance 23/06/2023

DAOUD Nabil  
15 rue louis bonin  
94310 ORLY VILLE

Prescripteur : HOP COCHIN  
N° AM : 750100166  
Opérateur: Samira

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
STILNOX CP BTE 14 CP 3400934658570 N° Ordonnancier : 5517	PH2	0	2	1,743	2,10%	3,49
Honor. dispens. HD2	HD2	0	2	0,999	2,10%	2,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	3,500	2,10%	3,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
9,48	2,1% (4)	0,20	9,68
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
9,48		0,20	9,68

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	9,68

Mode(s) de règlement	
CB	9,68

Reste dû	0,00
----------	------

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

PHARMACIE CENTRALE ORLY  
35 Avenue de L'Aérodrome  
94310 Orly  
Tél : 01 48 53 42 91  
01 48 53 42 91

Acquitté à bon

(u) indique les quantités unitaires  
(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

**Stilnox®**

10 mg

14 comprimés pelliculés sécables

**Stilnox® 10 mg**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

Durée de prescription limitée à 28 jours.  
Prescription en toutes lettres sur  
ordonnance sécurisée.  
Chevauchement interdit sauf mention  
expresse du prescripteur portée sur  
l'ordonnance.



Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf  
en l'absence d'alternative thérapeutique.

IP 03400934658570

SN 13573VHD4FET2M

LOT HT1705

EXP 08/2025



**Stilnox® 10 mg**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

Durée de prescription limitée à 28 jours.  
Prescription en toutes lettres sur  
ordonnance sécurisée.  
Chevauchement interdit sauf mention  
expresse du prescripteur portée sur  
l'ordonnance.



Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf  
en l'absence d'alternative thérapeutique.

CIP 03400934658570

SN 13573VHD4F570P

LOT HT1705

EXP 08/2025







joindre la prescription  
sauf si renouvellement

N° 11389\*05

# feuille de soins pharmacien ou fournisseur

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)

653978  
date J J M M A A A A 22062023

## PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

**PERSONNE RECEVANT les SOINS** (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

DAQUD Nabil

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A 1

**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

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le pharmacien ou  
le fournisseur)

## ADRESSE de L'ASSURE(E)

15 rue Louis Bonin 94310 ORLY VILLE

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

### PHARMACIE CENTRALE

M. GERVAIS  
50 PHARMACIEN

CONVENTIONNE

### PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

35 AVENUE DE L'AERODROME ORLY  
35 AVENUE DE L'AERODROME  
94310 ORLY  
942017005

=> 94 2 01700 5 00 1 10 0 50 n°AM

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

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

nom et prénom

HOP COCHIN

identifiant

raison sociale

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

750100166

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

07062023

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

XX **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

XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

## PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Prest	CIP/Ref.LPP(Ut)	Homeo Decon- c.lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut	Date fin
PH2	3400934658570		2	1,64	3,56	STILNOX CP BTE 14 CP			N		
HD2			2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD2					
HDR			1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					
HDE			1	3,57	3,57	Honor. dispens. HDE					

imprimer les codes à barres  
ou coller les étiquettes de la liste  
des produits et prestations  
dans l'ordre de la prescription

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros

9,68

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

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

signature du pharmacien  
ou du fournisseur

PHARMACIE CENTRALE ORLY  
M. GERVAIS  
35 Avenue de L'Aérodrome

signature de  
l'assuré(e)

impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines 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 services, 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.

IMP. COSTE AUBENAS

FSPHF 10-2014 S3115h



## 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 pharmacien ou votre fournisseur**, celui-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 pharmacien ou votre fournisseur**, celui-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 pharmacien ou votre fournisseur, 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 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 en cas de renouvellement, ou 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 le pharmacien ou le fournisseur 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.**



CARTE BANCAIRE  
SANS CONTACT  
BRED BP



A0000000421010

CB

LE 22/06/23 A 14:53:35

PHCIE GERVAIS

94 ORLY

5987175 85160979200029

10107

#####6763

213A26BD57FA8DB1

001 000020 216 C @

NO AUTO: 969205

MONTANT :

**9,68 EUR**

DEBIT

TICKET CLIENT

A CONSERVER

MERCI ET A BIENTOT

CARTE BANCAIRE

BRED BP

A0000000421010

CB

LE 22/06/23 A 14:44:30

PHCIE GERVAIS

94 ORLY

5987174 85160979200029

10107

#####6763

E018E44646F9A066

001 000007 210 C @

NO AUTO: 911220

MONTANT :

**144,92 EUR**

DEBIT

TICKET CLIENT

A CONSERVER

MERCI ET A BIENTOT



## 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 pharmacien ou votre fournisseur**, celui-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 pharmacien ou votre fournisseur**, celui-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 pharmacien ou votre fournisseur, 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 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 en cas de renouvellement, ou 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 le pharmacien ou le fournisseur 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.**





N° 11389\*05

joindre la prescription  
sauf si renouvellementfeuille de soins  
pharmacien ou fournisseurArt. 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)

65397  
date J J M M A A A A  
22062023

## PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

DAOUD Nabil

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

1

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)

15 rue louis bonin 94310 ORLY VILLE

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

PHARMACIE CENTRALE

M. GERVAIS  
50 PHARMACIEN

CONVENTIONNE

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

35 AVENUE DE L'AERODROME ORLY

35 AVENUE DE L'AERODROME

94310 ORLY

942017005

=&gt; 94 2 01700 5 00 1 10 0 50 n°AM

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

INTERNE Interne

identifiant

raison sociale

HOPITAL COCHIN

n° de la structure

(AM, FINESSE ou SIRET)

750100166

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

21062023

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

XX 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

XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

## PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Prest	CIP/Ref.LPP(ut)	Homeo Decon- c.lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle
HDE			1	3,57	3,57	Honor. dispens. HDE

Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut	Date fin
-------------------	------------	---------------	---------------	-------------

imprimer les codes à barres  
ou coller les étiquettes de la liste  
des produits et prestations  
dans l'ordre de la prescription

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros

1 4 4 , 9 2

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

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

signature du pharmacien  
ou du fournisseurPHARMACIE CENTRALE ORLY  
M. Gervais  
35 Avenue de L'Aérodrome  
94310 Orly  
Tél. 01 48 53 42 91  
ID 942017005signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines pécuniaires, 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 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.



# 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 pharmacien ou votre fournisseur**, celui-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 pharmacien ou votre fournisseur**, celui-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 pharmacien ou votre fournisseur, 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 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 en cas de renouvellement, ou 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 le pharmacien ou le fournisseur 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  
sauf si renouvellement

N° 11389\*05

# feuille de soins pharmacien ou fournisseur

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)

6539  
date J J M M A A A A  
22062023

## PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

**PERSONNE RECEVANT les SOINS** (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

DAOUD Nabil

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

**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)**

15 rue louis bonin 94310 ORLY VILLE

**IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR**

**PHARMACIE CENTRALE**

M. GERVAIS

50 PHARMACIEN

CONVENTIONNE

**PHARMACIEN REMPLACANT**

nom et prénom

identifiant

**IDENTIFICATION de la STRUCTURE**

35 AVENUE DE L'AERODROME ORLY

35 AVENUE DE L'AERODROME

94310 ORLY

942017005

=> 94 2 01700 5 00 1 10 0 50 n°AM

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

**IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom

INTERNE Interne

identifiant

raison sociale

HOPITAL COCHIN

n° de la structure

(AM, FINESS ou SIRET)

750100166

**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**

date de la prescription médicale

21062023

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

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

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

**SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1**  
(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

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

## PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Prest	CIP/Ref.LPP(ut)	Homeo Decon- c.lab dition.	Qty	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut	Date fin loc
PH7	3400934744198		3	1,62	4,86	KARDEGIC 75 MG SACHETS					
HD7			3	1,02	3,06	Honor. dispens. HD7					
PH7	3400930238516		3	7,75	23,25	CLOPIDOGREL 75MG VIAT					
HD7			3	1,02	3,06	Honor. dispens. HD7					
PH7	3400927800542		3	4,10	12,30	PANTOPRAZOLE 20MG VIAT					
HD7			3	1,02	3,06	Honor. dispens. HD7					
PH7	3400930183960		3	4,13	12,39	BISOPROLOL 3,75MG VTS					
HD7			3	1,02	3,06	Honor. dispens. HD7					
PH7	3400928005847		1	72,73	72,73	LIPTRUZET 10mg/80mg Cp					
HG7			1	2,76	2,76	Honor. dispens. HG7					
HC			1	0,31	0,31	Honor. dispens. HC					
HDR			1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					

## PAIEMENT

**MONTANT TOTAL**  
en euros

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

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

signature du pharmacien  
ou du fournisseur

**PHARMACIE CENTRALE**

35 Avenue de L'Aérodrome

94310 Orly

Tél : 01 48 53 42 91

ID 942017005

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 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 des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.



PHARMACIE CENTRALE D'ORLY  
M. GERVAIS  
35 AVENUE DE L'AERODROME  
94310 ORLY  
FRANCE  
Tel: 0148534291  
N° SIRET: 85160979200011  
Code NAF: 4773Z - FR29851609792

Page

2

FACTURE

N°2763/653977

Du 22/06/2023

Date de l'échéance 23/06/2023

DAOUD Nabil  
15 rue louis bonin  
94310 ORLY VILLE

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
Total HT		Total TVA	Total TTC
141,94		2,98	144,92

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	144,92

Mode(s) de règlement	
CB	144,92

Reste dû	0,00
----------	------

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

PHARMACIE CENTRALE ORLY  
35 Avenue de l'Aérodrome  
94310 Orly  
Tél : 01 48 53 42 91  
ID 942017005

Acquitté à jour

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

PHARMACIE CENTRALE D'ORLY  
 . M. GERVAIS  
 35 AVENUE DE L'AERODROME  
 94310 ORLY  
 FRANCE  
 Tel: 0148534291  
 N° SIRET: 85160979200011  
 Code NAF: 4773Z - FR29851609792

# FACTURE

N°2763/653977

Du 22/06/2023

Date de l'échéance 23/06/2023

Page

1 / 2

DAOUD Nabil  
 15 rue louis bonin  
 94310 ORLY VILLE

Prescripteur : INTERNE Interne

N° AM : 750100166

Opérateur: Samira .

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
KARDEGIC 75 MG SACHETS 30 3400934744198 N° Lots : GM0867	PH7	0	3	1,587	2,10%	4,76
Honor. dispens. HD7	HD7	0	3	0,999	2,10%	3,00
CLOPIDOGREL 75MG VIATRIS CPR 30X1 3400930238516 N° Ordonnancier : 1000108 N° Lots : 1301013	PH7	0	3	7,591	2,10%	22,77
Honor. dispens. HD7	HD7	0	3	0,999	2,10%	3,00
PANTOPRAZOLE 20MG VIATRIS CPR 28 3400927800542 N° Ordonnancier : 1000109 N° Lots : 8151520	PH7	0	3	4,016	2,10%	12,05
Honor. dispens. HD7	HD7	0	3	0,999	2,10%	3,00
BISOPROLOL 3,75MG VTS CPR SEC 30X1 3400930183960 N° Ordonnancier : 1000110 N° Lots : 8146261	PH7	0	3	4,045	2,10%	12,14
Honor. dispens. HD7	HD7	0	3	0,999	2,10%	3,00
LIPTRUZET 10mg/80mg Cpr pell Plq/90 3400928005847 N° Ordonnancier : 1000111 N° Lots : X013782	PH7	0	1	71,234	2,10%	71,23
Honor. dispens. HG7	HG7	0	1	2,703	2,10%	2,70
Honor. dispens. HC	HC	0	1	0,300	2,10%	0,30
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	3,500	2,10%	3,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
141,94	2,1% (4)	2,98	144,92

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1



PC: 03400928005847

SN:

EXP

Lot

209323136551

10-2024

X013782



 ORGANON

# Liptruzet

**comprimé pelliculé**

ézétimibe/atorvastatine

90 comprimés pelliculés



PC 03400927800542  
SN 31RM5V9XPF  
Lot 8151520  
EXP 09/2025

Matin Midi Soir



Repas

☐ Avant

☐ Pendant

☐ Après

Les comprimés doivent être avalés entiers avec un peu d'eau, 1 heure avant un repas.

Chaque comprimé gastro-résistant contient 22,55 mg de pantoprazole sodique sesquihydraté, soit l'équivalent de 20 mg de pantoprazole.

Lire la notice avant utilisation.

Ne pas croquer ni mâcher le comprimé.

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

Pas de précautions particulières de conservation.



Pantoprazole Viatris 20 mg

28 x 9



VIATRIS

Titulaire - Exploitant :

**Viatris Santé**

1 Rue de Turin

69007 Lyon - France





PC 03400927800542  
SN 22RGG1WVGA  
Lot 8151520  
EXP 09/2025

Matin	Midi	Soir	Repas
			<input type="checkbox"/> Avant
			<input type="checkbox"/> Pendant
			<input type="checkbox"/> Après

Les comprimés doivent être avalés entiers avec un peu d'eau, 1 heure avant un repas.

Chaque comprimé gastro-résistant contient 22,55 mg de pantoprazole sodique sesquihydraté, soit l'équivalent de 20 mg de pantoprazole.

Lire la notice avant utilisation.

Ne pas croquer ni mâcher le comprimé.

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

Pas de précautions particulières de conservation.



**Pantoprazole** Viatris **20 mg**



Titulaire - Exploitant :

**Viatris Santé**

1 Rue de Turin  
69007 Lyon - France



**VIATRIS**



PC 03400927800542  
SN 2FKGV244XN  
Lot 8151520  
EXP 09/2025

Matin Midi Soir




Repas

☐ Avant

☐ Pendant

☐ Après



 Les comprimés doivent être avalés entiers avec un peu d'eau, 1 heure avant un repas.

Chaque comprimé gastro-résistant contient 22,55 mg de pantoprazole sodique sesquihydraté, soit l'équivalent de 20 mg de pantoprazole.

Lire la notice avant utilisation.  
Ne pas croquer ni mâcher le comprimé.  
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Pas de précautions particulières de conservation.



VIATRIS

Pantoprazole Viatris 20 mg

28 x 



VIATRIS

Titulaire - Exploitant :

**Viatris Santé**

1 Rue de Turin

69007 Lyon - France