

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	7462	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	174697
Nom & Prénom :		NABIL DABU	
Date de naissance :		11.08.1963	PHARMACIE CENTRALE D'ALGER
Adresse :		31 AV HENRI MOLINIER	33 AVENUE DE LA LIBERTE
Tél. :		0661 31 66 64	Total des frais engagés : 18 840 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	11 SEP. 2013		
Nom et prénom du malade :	NABIL DABU		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection longue durée ou chronique		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input checked="" type="checkbox"/> 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 : 26/06/2013

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
		*		

## 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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the top and 8 at the bottom. A vertical line labeled 'H' points upwards, a horizontal line labeled 'D' points to the left, and a horizontal line labeled 'G' points to the right. A vertical line labeled 'P' points downwards at the bottom center.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Ordonnance bizone

Articles L.322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale

Identification du prescripteur (nom, prénom et identifiant)		Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement et N°AM, FINESS ou SIRET)	
MANVEER SINGH		GH COCHIN	
N° RPPS	CCH CARDIOLOGIE	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)		Ordonnance du 21/06/2023 à 18:11	
DAOUD Nabil		Né le 11/08/1963 Agé de 59 ans Poids : 68 kg, Taille : 170 cm	
N° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))		-----	

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

Page 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	PH2	0	2	1,743	2,10%	3,49
N° Ordonnancier : 5517						
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>
<b>9,48</b>		<b>0,20</b>	<b>9,68</b>

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

(u) indique les quantités unitaires

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

PHARMACIE CENTRALE ORLY  
35 Avenue de L'Aérodrome  
94210 Orly  
Tél: 01 46 53 42 91  
01 42 01 70 05

Acquitté à 100%

**Stilnox®**

10 mg

14 comprimés pelliculés sécables

**Stilnox® 10 mg**

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**  
**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 13573VHD4FET2M

LOT HT1705

EXP 08/2025



**Stilnox® 10 mg**

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**  
**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



71430  
02/05/2025

feuille 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

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

## 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

## 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

HOP COCHIN

identifiant

raison sociale

n° de la structure  
(AM, FINES 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)

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

XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

## tarification détaillée

Prest	CIP/Ref.	LPP(Ut)	Homeo	Decon-	Qte	PU	Mt	Fact	Libelle	Nb btes	Mod.	Indic.	Date	Date
				c.lab	dition.					utili.	presc	Subst.	debut	fin loc
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 6 8

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 Orlysignature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de penalties 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 tout à tout demander des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

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

PHCTE 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.

feuille 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

## 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

DAQUUD 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

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

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

750100166

(AM, FINES ou SIRET)

## 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)

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

## AT/MP

numéro

ou

date

## PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

## tarification détaillée

Prest	CIP/Ref.	LPP(Ut)	Homeo	Decon-	Qte	PU	Mt	Fact	Libelle	Nb btes	Mod.	Indic.	Date	Date
				c.lab	dition.					utili.	presc	Subst.	debut	loc
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

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. 35 Avenue de L'Aérodrome  
94310 Orlysignature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration peut être puni 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 prestations et les factures 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 :

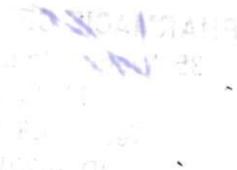
Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

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.



feuille 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

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

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

raison sociale

HOPITAL COCHIN

identifiant

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)

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-	Qte	PU	Mt	Fact	Libelle	Nb btes	Mod.	Indic.	Date	Date
				c.lab	dition.					utili.	presc	Subst.	debut	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 VIATR						
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					

imprimer les codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

ans l'ordre de la prescription

## 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

Quelconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de penalties 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 copie de toutes les 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

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~~

*Agoutte u'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

Page 1 / 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

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	PH7	0	3	1,587	2,10%	4,76
N° Lots : GM0867						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	3	0,999	2,10%	3,00
CLOPIDOGREL 75MG VIATRIS CPR 30X1 3400930238516	PH7	0	3	7,591	2,10%	22,77
N° Ordonnancier : 1000108						
N° Lots : 1301013						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	3	0,999	2,10%	3,00
PANTOPRAZOLE 20MG VIATRIS CPR 28 3400927800542	PH7	0	3	4,016	2,10%	12,05
N° Ordonnancier : 1000109						
N° Lots : 8151520						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	3	0,999	2,10%	3,00
BISOPROLOL 3,75MG VTS CPR SEC 30X1 3400930183960	PH7	0	3	4,045	2,10%	12,14
N° Ordonnancier : 1000110						
N° Lots : 8146261						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	3	0,999	2,10%	3,00
LIPTRUZET 10mg/80mg Cpr pell Plq/90 3400928005847	PH7	0	1	71,234	2,10%	71,23
N° Ordonnancier : 1000111						
N° Lots : X013782						
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

# Liptruzet

**comprimé pelliculé**

ézétimibe/atorvastatine



PC : 03400928005847  
SN : 209323136551  
EXP 10-2024  
Lot X013782

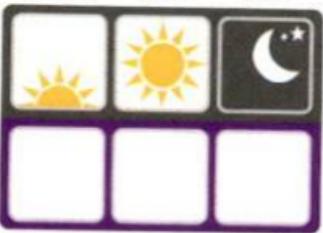
90 comprimés pelliculés



PC 03400927800542  
SN 31RM5V9XPF  
Lot 8151520  
EXP 09/2025

Matin    Midi    Soir

Repas



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



Titulaire - Exploitant :  
**Viatris Santé**  
1 Rue de Turin  
69007 Lyon - France

20 mg

Pantoprazole Viatris

28

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.

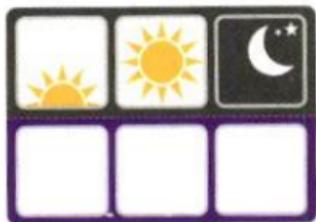
Pas de précautions particulières de conservation.

 Viatris

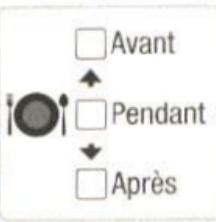


PC, 03400927800542  
SN 22RGG1WVGA  
Lot 8151520  
EXP 09/2025

Matin      Midi      Soir



Repas



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.

20 mg

Pantoprazole Viatris

28 x



Titulaire - Exploitant :

**Viatris Santé**

1 Rue de Turin  
69007 Lyon - France



**VIATRIS**



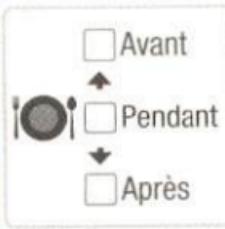
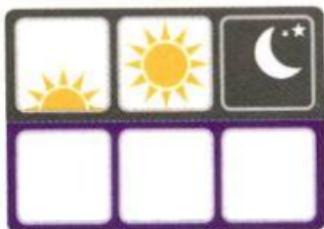
PC 03400927800542  
SN 2FKGV244XN  
Lot 8151520  
EXP 09/2025

Matin

Midi

Soir

Repas



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.

Titulaire - Exploitant :  
**Viatris Santé**  
1 Rue de Turin  
690007 | Lyon - France



20 mg

Pantoprazole Viatris



28 x

**VIATRIS**