

# 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.

## **Education :**

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

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.

**RAS :** 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



Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 21600

Société : Royal Air MAROC

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : AQALLAL ABDELLAZAK

Date de naissance : 10 10 1945

Adresse : 21 RUE MANSARD QUARTIER PREMIER CASA

Tél. : agazzak@gmail.com

Total des frais engagés : 146,23 EUROS!

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Gérald RAJZBAUM  
Rhumatologue remplaçant  
RPPS 10000430297

Date de consultation : 21/02/2020

Nom et prénom du malade : AQALLAL ABDELLAZAK

Age : 75

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gon. He

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 : 10/02/

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# **Déclaration de Maladie**

Nº P19-0048423

39611



Autres

## 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
21/07	Actes		120,00 Euros	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DU CENTRE</b> <b>C.GRECOURT</b> <b>8, Av. D'Argenteuil</b> <b>92600 ASNIERES</b> <b>N° 92 2013396</b> <b>Tel / Fax : (+33) 47 93 12 22</b>	<i>21/02/20</i> <i>28/05/2020</i> <i>26/06/20</i> <i>21/08/20</i>	<i>26,23 €</i> <i>16,53</i> <i>16,16</i> <i>4604</i>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
Fax: 01 40 95 27 31			

## 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 des

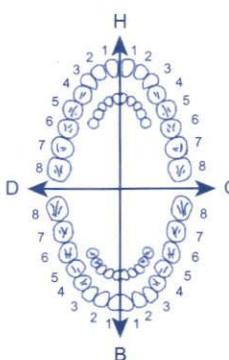
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXP

## feuille de soins - médecin

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale

Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

date J J M M A A A A A

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURÉ(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (*la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin*)

nom et prénom ADALLAL Aldebert

(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

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le médecin)ASSURE(E) (*à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e)*)

nom et prénom

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

numéro d'immatriculation

## ADRESSE DE L'ASSURE(E)

## IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR GEPNER PATRICK

14 RHUMATOLOGIE

CONV. HONO.LIBRES

MEDECIN REMPLACANT

Docteur Gérald RAJZBAUM  
Rhumatologue remplaçant  
RPPS 10000430297

nom et prénom

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

SELARL  
20 R PARMENTIER

92200 NEUILLY SUR SEINE

=&gt; 92 1 70219 7 00 3 31 0 14 n°AM

identifiant

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

 MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précédé de "§" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non oui date J J M M A A A A A

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement J J M M A A A A A

AT/MP

n uméro

ou

date J J M M A A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

## ACTES EFFECTUÉS

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

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	fréas de déplacement
					②	I.D. I.K.
					M.D. nbre	montant ③
21 02 2020			CS		120,-	
J J M M A A A A A						
J J M M A A A A A						
J J M M A A A A A						

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros (1+2+3)

120,-

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

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

## quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

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

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

- Si vous ne payez pas votre médecin, celui-ci remplit l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne, y compris le code de l'organisme de rattachement.
  - Si vous payez votre médecin, celui-ci indique uniquement vos nom et prénom, selon vos indications, ou en reprenant les informations contenues dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.
- Les autres lignes de cette rubrique sont à compléter par vous même (le code de l'organisme de rattachement ne doit pas être indiqué dans ce cas) :

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

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

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

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

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

### Recommandations importantes :

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

- changement de compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne : envoyez-lui votre nouveau relevé d'identité de compte,
- changement d'organisme d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations. Votre ancien organisme d'assurance maladie peut vous aider dans cette démarche.

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

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.

# feuille de soins pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

4 2 4 6 2 1

date 2 1 0 2 2 0 2 0

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

## 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 AQALLAL

Abderrazak

(68604)

(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

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

Vd : FB

## ADRESSE de L'ASSURE(E)

4 rue Robert Ellee

92600

ASNIERES-SUR-SEINE

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

PHARMACIE DU CENTRE C GRÉCOURT  
GRECOURT C.

50 PHARMACIE D'OFFICINE

CONVENTIONNÉE

PHARMACIE DU CENTRE  
8 AV D'ARGENTEUIL  
Avenue d'Argenteuil  
92600 ASNIERES  
92602 013396 SUR SEINE

Tél: 01 49 21 22 22

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

raison sociale

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

9 2 1 7 0 2 1 9 7

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

nom et prénom GEPNER

identifiant

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

date de la prescription médicale 2 1 0 2 2 0 2 0

date de l'accord préalable (le cas échéant)

 MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante) SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précédé de "\*" et les recommandations importantes) acte conforme au protocole ALD action de prévention autre

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

## PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée		Code	Top	Base	Nb	Mode	Indic.	Date	Date
Acte	Cip/Lpp	Labo	Decond.	Qte	Btes	Presc.	Substi.	Deb loc	Fin loc
PH7	34009 3658295	8		3	1,67	5,01	ALLOPURINOL 200MG SAND		
HD7				3	1,02	3,06	Honoraire de dispensat		
PH7	34009 3627509	6		5	2,51	12,55	COLCHICINE OPOC 1MG CP		
HD7				5	1,02	5,10	Honoraire de dispensat		
HDR				1	0,51	0,51	HONORAIRE MEDICAMENT R		

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

2 6 2 3

Part ASS.: 26,23

l'assuré(e) n'a pas payé la pa

PHARMACIE DU CENTRE

Assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien  
ou du fournisseurC.GRECOURT  
8, Av. D'Argenteuil  
92600 ASNIERES  
N° 92 602 013396signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de faux ou d'altération est puni de 5 ans d'emprisonnement, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

IMP COSTE AUBENAS

Tél. 04 79 17 93 12 23

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*). ~~Organisme de rattachement~~

- 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 fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

**2 0 0 1 3 1 0 6 6**

date 2 8 0 5 2 0 2 0 A

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**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

AQALLAL ABDERRAZAK

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

numéro d'immatriculation

1 0 1 0 1 9 4 5

date de naissance

**ASSURE(E)** (*à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e)*)

nom et prénom

AQALLAL ABDERRAZAK

(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 PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR**

LEYRAVAUD FRANCOIS

RPPS 1000029253

**IDENTIFICATION de la STRUCTURE**

PHARMACIE FORUM SANTÉ VAL D'EUROPE

Centre Commercial Val d'Europe

14 cours du Danube

77700 SERRIS

N° ident 772008223

TEL : 01 60 43 14 66

OP : 15 28/05/2020

**PHARMACIEN REMPLACANT**

nom et prénom

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

identifiant

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

nom et prénom

raison sociale

9 2 1 7 0 2 1 9 7

identifiant

n° de la structure  
(AM, FINES ou SIRET)**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**

date de la prescription médicale

date de l'accord préalable (*le cas échéant*)**MALADIE** (*si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante*)**SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1**  
(*cf. la notice au verso : § précédé de "\*" et les recommandations importantes*) acte conforme au protocole ALD action de prévention autre

accident causé par un tiers : non

oui

date

AT/MP	numéro	ou	date	J	J	M	M	A	A	A	A
<b>PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES</b>											
tarification détaillée	CIP/NOM NumOrd	Acte/Qte/Prix	Taux	Remise	Montant	QTE: 6	V: 6	en EUR			
3400936240087 ALLOPURINOL BIOC 20		PH7 2x1,67	0%		3,34						
HONORAIRE DE DISPENSATION		HD7 2x1,02	0%		2,04						
3400936275096 COLCHICINE CPR 1MG		PH7 2x2,51	0%		5,02						
HONORAIRE DE DISPENSATION		HD7 2x1,02	0%		2,04						
HONORAIRE DE MEDICAM. REMB.		HDR 1x0,51	0%		0,51						
HONORAIRE LIE A L'AGE		HDA 1x1,58	0%		1,58						

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

1 4, 5 3

**MONTANT TOTAL  
en euros**

,

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

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

FORUM SANTÉ VAL D'EUROPE

Centre Commercial International

PHARMACIE FORUM SANTE VA

D'EUROPE

772008223

77 2 008223

77700 SERRIS

signature du pharmacien  
ou du fournisseursignature 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 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**feuille de soins  
pharmacien ou fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

2 0 0 1 5 6 4 6 2

date 2 6 0 6 2 0 2 0 A

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**PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)**

nom et prénom

AQALLAL ABDERRAZAK

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

1 0 1 0 1 9 4 5

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

AQALLAL ABDERRAZAK

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

numéro d'immatriculation

A 1

**ADRESSE de L'ASSURE(E)**

ETRANGER

**IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR**

LEYRAVAUD FRANCOIS

RPPS 1000029253

**IDENTIFICATION de la STRUCTURE**

PHARMACIE FORUM SANTE VAL D'EUROPE

Centre Commercial Val d'Europe

14 cours du Danube

77700 SERRIS

N° ident 772008223

TEL : 01 60 43 14 66

OP : 11 26/06/2020

**PHARMACIEN REMPLACANT**

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé**IDENTIFICATION du PRESCRIPTION et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom

GEPNER PATRICK

raison sociale

9 2 1 7 0 2 1 9 7

identifiant

n° de la structure  
(AM, FINESS ou SIRET)**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**

date de la prescription médicale

date de l'accord préalable (le cas échéant)

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

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

oui

date

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

AT/MP

numéro

ou

date

tarification détaillée

CIP/NOM NumOrd

**PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES**

		Acte/Qte/Prix	Taux	Remise	Montant	QTE: 5 V: 5 en EUR
3400936582958	ALLOPURINOL 200MG S	PH7 3x1,67	0%		5,01	
HONORAIRE DE DISPENSATION		HD7 3x1,02	0%		3,06	
HONORAIRE DE MEDICAM. REMB.		HDR 1x0,51	0%		0,51	
HONORAIRE LIE A L'AGE		HDA 1x1,58	0%		1,58	

Imprimer les codes à barres

**PAIEMENT**MONTANT TOTAL  
en euros

1 0 , 1 6

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 FORUM SANTE VA  
D'EUROPE  
772008223signature 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 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**feuille de soins  
pharmacien ou fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

321534

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

date J J M M 24082020

**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 AQALLAL Abderrazak

(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)**

11 rue francois premier 92170 VANVES

**IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR****IDENTIFICATION de la STRUCTURE****GRANDE PHARMACIE BLEUZEN**35, rue Jean Bleuzen  
92170 VANVES  
92 2 01835 3

Tél : 01 46 42 19 53

Fax : 01 40 95 97 21

**PHARMACIEN REMPLACANT**

RENOUVELLEMENT N° 1

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé**IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom MEDECIN -

raison sociale

identifiant

n° de la structure  
(AM, FINES ou SIRET) 921999991**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**

date de la prescription médicale 20022020 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-	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes	Mod.	Indic.	Date	Date
				c. lab	dition.				utili.	presc	Subst.	debut loc	fin loc
PH7	3400936275096				1	2,51	2,51	COLCHICINE OPOC 1MG CP					
HD7					1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7					
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

dans l'ordre de la prescription

**PAIEMENT****MONTANT TOTAL**  
en euros

4 , 0 4

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

ABIHSSIRA .

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 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.**