

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19-

046874

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6913 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOU AISSA Red

Date de naissance : 26-3-1951

Adresse : 70 Rue Koutaba Ibn Zayd n°11

Tél : 0522 85763

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/09/2020

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : MUPRAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 14 SEP. 2020

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 :

Le 29/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
29/6/20	Tele CS		0 €	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES FORGES 21 Rue de Montbéliard 25400 Audincourt 25 20 13 206 Tél : 03 81 35 56 95	20/7/2020	581,10 Euros + 84,40 € 665,50

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET D'ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES

Dr Emmanuelle RICHARD

2, rue CASANOVA - 90000 BELFORT

Tél. / Fax : 03 84 28 61 96

LOT 191915
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

SUR RENDEZ-VOUS

Docteur Emmanuelle RICHARD

Diplômée d'études spécialisées

Diabétologie - Endocrinologie - Maladies métaboliques

Ancienne interne du CHU de Besançon

90 10 0872 2

RPPS 10002494226

Docteur Emmanuelle RICHARD

42 - ENDOCRINOLOGUE ET MALAD. MÉTAB. CONVENT.

2 rue Danielle Casanova

90000 BELFORT

90 1 00872 2

LOT 191915
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

Belfort, le lundi 29 juin 2020

Mohamed ABOUAISSA

né le 26/03/1953

GENERIQUE(S) SOUHAITE(S)

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue.
(AFFECTION EXONERANTE)

28,0 x 15 + 20,0
GLUCOPHAGE 1000 mg Cpr pell séc Plq/90
1 cp matin midi et soir au milieu du repas pdt 1 mois

+ TRULICITY 1,5 mg S inj en stylo prérempli B/4
1 injection SC une fois par semaine pdt 1 mois

ASPIRINE PROTÉCT 100 mg
1 cp par jour pdt 1 mois

+ FERRO-GRAD VITAMINE C 500 Cpr enr 2Plq/15 (30)
1 cp par jour pdt 1 mois

+ BANDELETTES ONE TOUCH VERIO FLEX 1/j pdt 1 mois

LANCETTES ONE TOUCH VERIO FLEX 1/j pdt 1 mois

AR 5 fois 6 fois

Docteur Emmanuelle RICHARD
42 - ENDOCRINOLOGUE ET MALAD. MÉTAB. CONVENT.
2 rue Danielle Casanova
90000 BELFORT
90 1 00872 2

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

LOT 191915
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

LOT 191915
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

0
METFORMINE WIN 1000MG
CP PELL 900
P.P.V. : 190H90
LOT : 202035
PER : 04 2023

Patient : ABOUAISSA MOHAMED

HORS SEGAM / HTP AMD / Maladie (hors accident)

N° fact : 816715

CIP 3400930 6x TRULICITY 1,5 MG (DULAGLUTI 1461542

CIP 3400931 6x FERROGRAD VIT C 105MG/500MG

CIP 6112183 2x AUTOCONTROLE 100 BANDELET

CIP 1x Honoraires liés au médicament

CIP 1x Honoraires liés au médicament

Le 20/07/2020 à 14:57:41, C.V. : L

PHARMACIE DES FORGES

21 RUE DE MONTEBELIARD

25400 AUDINCOURT

252013206

Tél : 0381355695

Total général : 581,10 €

Total caisse : 0,00 €

Total mutuelle : 0,00 €

Total assuré : 581,10 €

28,00

28,00

LOT 200408
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

28,00

28,00

28,00

28,00

LOT 200408
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

28,00

CABINET D'ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
Dr Emmanuelle RICHARD

2, rue CASANOVA - 90000 BELFORT
Tél. / Fax : 03 84 28 61 96

SUR RENDEZ-VOUS

Docteur Emmanuelle RICHARD

Diplômée d'études spécialisées
Diabétologie - Endocrinologie - Maladies métaboliques
Ancienne interne du CHU de Besançon

90 10 0872 2
RPPS 10002494226

Docteur Emmanuelle RICHARD
42 - ENDOCRINOLOGIE ET MALAD. METAB. CONV. ENT.
2 rue Danielle Casanova
90000 BELFORT
90 1 00872 2

GENERIQUE(S) SOUHAITE(S)

Belfort, le lundi 29 juin 2023

Mohamed ABOUAISSA
né le 26/03/1953

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue.
(AFFECTION EXONERANTE)

28x11 42010
GLUCOPHAGE 1000 mg Cpr peli séc Plq/90
1 cp matin midi et soir au milieu du repas pdt 1 mois

+ TRULICITY 1,5 mg S inj en stylo prérempli B/4
1 injection SC une fois par semaine pdt 1 mois

ASPIRINE PROTECT 100 mg
1 cp par jour pdt 1 mois

+ FERRO-GRAD VITAMINE C 500 Cpr enr 2Plq/15 (30)
1 cp par jour pdt 1 mois

+ BANDELETTES ONE TOUCH VERIO FLEX 1/j pdt 1 mois

LANCETTES ONE TOUCH VERIO FLEX 1/j pdt 1 mois

AR 5 fois *6 fois*

PHARMACIE DES FORGES
21 Rue de Montbéliard
25400 Audincourt
25 20 13 206
Tél. : 03 81 35 56 9

Pour 6 mois de part à changer
PHARMACIE
ROUTE DELADID
240, Bd Brahim Boudani
Tél: 05 22 99 57 46

Docteur Emmanuelle RICHARD
42 - ENDOCRINOLOGIE ET MALAD. METAB. CONV. ENT.
2 rue Danielle Casanova
90000 BELFORT
90 1 00872 2

3400931187943
LOT 20003T
EXP 01 2023

3400931187943
LOT 20003T
EXP 01 2023

LOT 4631941
EXP 01 2022

LOT 4639975
EXP 01 2022

3400931187943
LOT 20003T
EXP 01 2023

3400931187943
LOT 20003T
EXP 01 2023

3400931187943
LOT 20003T
EXP 01 2023

Lot
EXP
SN
D258341
02 2022
251806170966

PC: 03400930003763

677625956091
02 2022
251806170966

Lot
EXP
SN
D258341
02 2022
251386225480

PC: 03400930003763

Lot
EXP
SN
D196473
10 2021
023628914603

PC: 03400930003763

60057822286621
02 2022
220564170418

Lot
EXP
SN
D258341
02 2022
220564170418

PC: 03400930003763

Lot
EXP
SN
D258341
02 2022
247953986104

PC: 03400930003763

3400931187943
LOT 20003T
EXP 01 2023



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)

791562

date

15072020

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

ABOUAÏSSA Mohamed

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

2 6 0 3 1 9 5 3 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)

75016 PARIS

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MELQUIOND matthieu

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

SELARL PHARMACIE DE LA PORTE D'AUT
52 Rue d'Auteuil
75016 PARIS
752036319

PHARMACIEN REMPLACANT

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

RICHARD Emmanuelle

identifiant

raison sociale

n° de la structure

901008722

(AM, FINESS ou SIRET)

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

29062020

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 "x")
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

Prést	Cir/Ref.LPP(Ut)	Homeo Decon- c.lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut loc	Date fin loc
PH7	3400930003763		1	79,30	79,30	TRULICITY 1,5mg S inj					
HD7			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7					
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

8 4 , 4 0

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

MELQUIOND matthieu

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

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. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif) 816715

20072020

date J J M M A A A A

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

ABOUAISSA MOHAMED

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

numéro d'immatriculation

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

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

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)

38 ALLEE GEORGES CUVIER - 90500 BEAUCOURT

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

ALAIN CHAMBERLIN

N° RPPS 10100220606

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE DES FORGES

21 RUE DE MONTBELIARD

25400 AUDINCOURT

252013206

Tél : 0381355695

Opérateur : L

PHARMACIEN REMPLACANT

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

RICHARD EMMANUELLE

identifiant

1 0 0 0 2 4 9 4 2 2 6

raison sociale

n° de la structure

(AM, FINESS ou SIRET)

2 5 1 0 3 6 1 1 7

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

2 9 0 6 2 0 2 0

date de l'accord préalable (le cas échéant)

X

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. 115
(cf. la notice au verso : § précédé de "a")
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

Code Acte	tarification CIP / réf LPP	Homéo Code Labo	Top décondi- tion	Qté délivré ou utilisée	PU	Mt factu.	Libellé	Nbre btes Utilis.	Mode Presc	Indic. Substi.	Date deb loc.	Date fin loc.
PH7	3400930003763			6	79,30	475,80	TRULICITY 1,5 MG (DUL/					
HD7				6	1,02	6,12	Honoraires dispensation n					
PH7	3400931187943			6	2,33	13,98	FEROGRAD VIT C 105M					
HD7				6	1,02	6,12	Honoraires dispensation n					
	3401097399423			2			ONE TOUCH VERIO BDLE					
MAD	6112183			2	37,50	75,00	AUTOCONTROLE , 100 E					
HDR				1	0,51	0,51	Honoraires liés au médica					
HDE				1	3,57	3,57	Honoraires liés au médica					

primer les codes à barres

coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations
dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

581,10 €

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

signature du pharmacien
ou du fournisseur21 Rue de Montbéliard
25400 Audincourtsignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

25 20 13 206

Tél : 03 81 35 56 95

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, 441-6 et 441-7 du Code pénal et article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

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

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 concernera **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. 115 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. 115", 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.