

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.

éducation :

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.



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6913

Société : R A ?

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABOU AISSA Abd

Date de naissance :

26 - 3 - 1951

Adresse :

70 Rue Kefatse El Mr. 200m n°44
Boussouar - Casablanca

Tél. : 0522 85 7763

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/06/2020

Nom et prénom du malade : _____ Age: _____

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :



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 : _____

Signature de l'adhérent(e) : A. J. M. A. Le 29/06/2020

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
29/6/2015	Télé	0	0	Le

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA DES FORGES	2d0712020	581,10 €uro
21 Rue de Montbéliard		+ 84,40 €
25400 Audincourt		
25 20 13 206		
Tél. : 03 81 35 56 95	2012020	142,80

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'O.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553
	(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

GENERIQUE(S) SOUHAITE(S)

Mohamed ABOUAISSE
né le 26/03/1953

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

28,0 X 15 + 20,00
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 PROTECT 100 mg
1 cp par jour pdt 1 mois

+ FERO-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*

Myco C 6 fois
Pour 6 fois
de bon état
et échange

PHARMACIE
ROUTE D'EL JADID
240, Bd Brahim Pouy
Tél: 05 22 82 27 10

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)



Patient : ABOUAISSE MOHAMED
HORS SESAM / HTP AMO / Maladie (hors accident)

N° fact : 816715

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

CIP 3400931 6x FEROGRADE VIT C 105MG/500MCG

CIP 6112183 2x AUTOCONTROLE 100 BANDELET

CIP 1x Honoraires liés au médicame

CIP 1x Honoraires liés au médicame

Le 20/07/2020 à 14:57:41, C.V. : L

PHARMACIE DES FORGES Total général : 581,10 ₣
21 RUE DE MONTBELIARD Total caisse : 0,00 ₧
25400 AUBINCOURT Total mutuelle : 0,00 ₧
252013206 Total assuré : 581,10 ₧
Tél : 0381355695

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 MÉTABOLIQUES
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. MÉTAB. CONVENT.
2 rue Danielle Casanova
90000 BELFORT
90 1 00872 2

GENÉRIQUE(S) SOUHAITE(S)

Belfort, le lundi 29 juin 2023
PHARMACIE DES FORGES
Mohamed ABOUAISSA 21 Rue de Montbéliard
25400 Audincourt
25 20 13 206
Tél. : 03 81 35 56 9

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

28/06 42010
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 PROTECT 100 mg
1 cp par jour pdt 1 mois

+ FERO-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 flacons

Pour 6 flacons
de 10 ml à chaque fois

PHARMACIE
ROUTE DE LA RADIDA
240, Bd Brahmi Poudani
Tél: 05 22 99 57 46

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

Lot
EXP
SN

D258341
02 2022
251386225480

PC: 03400930003763

106954529449
D261562
02 2022

Lot
EXP
SN

D196473
10 2021
023628914603

PC: 03400930003763

1282845009
D258341
02 2022
220564170418

PC: 03400930003763

1282845009
D258341
02 2022
247953986104

Lot
EXP
SN

PC: 03400930003763

3400931187943

3400931187943

3400931187943

3400931187943

3400931187943

3400931187943

ues libellés à

EXP 01 2023
LOT 200031
EXP 01 2023
3400931187943

3400931187943
LOT 200031
EXP 01 2023
3400931187943
LOT 200031
EXP 01 2023

joindre la prescription
sauf si renouvellement**feuille de soins
pharmacien ou fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

791562

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 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 STRUCTURESELARL 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

raison sociale

identifiant

n° de la structure 901008722
(AM, FINES 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)

XX

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 XX

oui

date

J J M M A A A A

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
PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES			
Prest	CIP/Ref.	LPP(Ut)	Mod. Indic. Date Date
			utili. presc Subst. debut loc fin loc
PH7	3400930003763	Homeo Decon- c. lab dition.	Qte PU Mt Fact Libelle Nb btes
			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

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

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

816715

20072020

date

Art. 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**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

0000000000

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

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 STRUCTUREPHARMACIE 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 PRESCRIPEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom RICHARD EMMANUELLE

1 0 0 0 2 4 9 4 2 2 6

identifiant

raison sociale

2 5 1 0 3 6 1 1 7

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

accident causé par un tiers : non

oui

date J J M M A A A A

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

AT/MP		numéro		PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES				ou		date		J J M M A A A A	
Code tarif. Acte	Code 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 déb 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 105MC						
HD7				6	1,02	6,12	Honoraires dispensation n						
	3401097399423			2			ONE TOUCH VERIO BDLET						
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						

Scanner les codes à barres

Coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

581,10 €

MONTANT TOTAL
en euros

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

PHARMACIE DES FORGES

21 Rue de Montbéliard

25400 Audincourt

25 20 13 206

Tél. : 03 81 35 56 95

signature de
l'assuré(e)signature du pharmacien
ou du fournisseurimpossibilité
de payer

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, 441-6 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 détenteur avec ou sans précaution, 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. 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.