

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-584928

60419

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00512 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Détaillé

Nom & Prénom : EL MOUMI Moulay Abdelau

Date de naissance : 21-01-45

Adresse : Hay el Hana Rue 32 N°32 CASA

Tél. 0619449632 Total des frais engagés : 210,76 €

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur Pierre CASSAIGNE**
Praticien Hospitalier Gériatre
CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET
81300 GRAULHET

Date de consultation : 02/11/2020 RPPS : 10002875853

Nom et prénom du malade : EL MOUMI Saadia Age : 74 ans

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

Nature de la maladie : arthrose des hanches

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 10/11/2021

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/09/21

[illegible]

aires attestant le Paiement des Actes

INP :

Docteur Pierre CASSAIGNE
Praticien Hospitalier Gériatre
CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET
81300 GRAULHET
RPPS : 10002875853

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

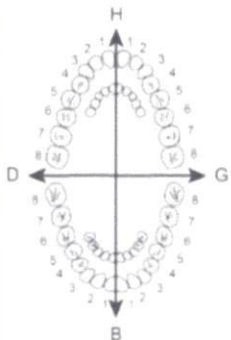
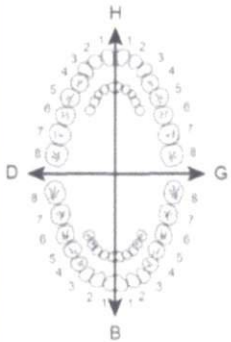
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV
Monsieur Fadi KOUMI					
26-Masseur-Kinésithérapeute	du 02/11/20	Ans 75			129,00 €
7, rue des Chalets	du 15/11/20				
81600 GAILLAC					
Tél. : 05 63 57 15 98	du 23/11/20	Ans 95			81,72 €
81 7 00676 0 00 1 30 1 26	du 30/11/20				210,76

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 11433553 </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins	Soins de base	Soins de confort	Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réinsertion
Soins de base	Soins de confort	Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réinsertion	
Soins de confort	Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réinsertion		
Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réinsertion			
Soins de rééducation	Soins de réinsertion				
Soins de réinsertion					

Coefficient

INP: | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 26/10 /20...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 00512 e-mail : _____ Phones : 06 19 44 96 32
Nom et Prénom de l'adhérent : EL MOUMI Moulay Abdelkamel
Nom et Prénom du bénéficiaire : EL MOUMI Sadia

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Docteur CASSAIGNE Pierre
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. EL MOUMI Sadia
Nécessite rééducation physiothérapique d'une épine calcaneenne + arthrose
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) du genou
AMS 7.5 / AMS 9.5

Une hospitalisation de (approximatif) _____
A (préciser l'établissement hospitalier) _____

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

épine calcaneenne, arthrose évacuée du genou
↳ physiothérapie + rééducation

Cachet, date et signature du praticien

26 10 2020

Docteur Pierre CASSAIGNE
Praticien Hospitalier Gériatre
CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET
81300 GRAULHET
RPPS : 10002875853

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Graulhet, le 02 11 2020

Service :

☐ Médecin Responsable : Dr CARAYON Jean-Yves

N° RPPS :



10002893336

☐ Docteur : CASSAIGNE

Nom : EL MOUMI Sadia

Traitement Q.S.P. :

A renouveler :

physiothérapie + rééducation
pour arthrose du genou
invalidante plus
épine calcaneenne
deux séances



Docteur Pierre CASSAIGNE

Praticien Hospitalier Gériatre

CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET

81300 GRAULHET

RPPS : 10002875853

81883411224930

N° Finess :



810000398

En cas d'urgence, composer le 15

CENTRE HOSPITALIER - 19 Rue du Dr Bastié - B.P. 49 - 81301 GRAULHET

Tél. 05.63.42.30.00 - Fax : 05.63.42.30.25



Docteur Mélanie TERRAS
Spécialiste en Médecine Générale
Conventionné Secteur 1

Galerie du Foirail
50. rue de la Madeleine - 81600 GAILLAC
Tel. : 05 63 58 34 71
Fax : 05 63 81 46 07



811004860



10100906766

GAILLAC, le 20/11/2020

-Mme Saadia EL MOUMI, née le 01/01/1946

Par Masseur-Kinésithérapeute DE
BDK et Séances de kinésithérapie

Pour:

rééducation du rachis lombaire
rééducation des membres inférieurs

Séances en fonction

Merci de m'envoyer le bilan par Medimail svp

Docteur Mélanie TERRAS
Spécialiste en Médecine Générale
RPPS 10100906766 / ADEL 811 004 860
Galerie du Foirail (50 rue de la madeleine)
81600 GAILLAC - Tél. 05 63 58 34 71

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la zone "nom et prénom" est obligatoirement remplie par l'auxiliaire médical(e))

nom et prénom EL MOUMI SAADIA

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

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

nom et prénom

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par l'auxiliaire médical(e))

IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MEDICAL(E)

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

MADAME GENESTOU-COMBES CAMILLE

26 MASSEUR-KINESITHEPEUTE

CONVENTIONNE

7 RUE DES CHALETS

81600 GAILLAC

=> 81 7 00187 8 00 1 30 1 26 n°AM

AUXILIAIRE MEDICAL(E) REMPLACANT(E)

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 TERRAS Melanie

identifiant

raison sociale

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

8 1 1 0 0 4 8 6 0

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS

prestation ou traitement prescrit le 2 0 1 1 2 0 2 0

accord préalable du

X 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)

soins en rapport avec le protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non X

oui

date

J J M M A A A A

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

ACTES EFFECTUES

dates des actes	codes des actes	tarification	montant des honoraires ①	dépass.	frais de déplacement			DD
					I.F. ②	I.K. nbre	montant ③	
2 3 1 1 2 0 2 0	AMS 9.5		2 0 4 3					
2 5 1 1 2 0 2 0	AMS 9.5		2 0 4 3					
2 7 1 1 2 0 2 0	AMS 9.5		2 0 4 3					
3 0 1 1 2 0 2 0	AMS 9.5		2 0 4 3					
J J M M A A A A	EN ATTENTE							
J J M M A A A A	DU CODAGE							
J J M M A A A A	DES ACTES							
J J M M A A A A								

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

8 1 7 2

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

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

signature de l'auxiliaire
médical(e) ayant effectué
l'acte ou les actes

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 auxiliaire médical(e), celui-ci (celle-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 auxiliaire médical(e), celui-ci (celle-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**.

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre auxiliaire médical(e).

- * 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(elle) 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 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 votre auxiliaire médical(e) 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.

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la zone "nom et prénom" est obligatoirement remplie par l'auxiliaire médical(e))

nom et prénom **EL MOUMI SAADIA**
(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

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

nom et prénom
(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

0 0 0 0 0 0 0 0 0
code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par l'auxiliaire médical(e))

IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MEDICAL(E)

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

MADAME GENESTOU-COMBES CAMILLE

26 MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

CONVENTIONNE

7 RUE DES CHALETS

81600 GAILLAC

AUXILIAIRE MEDICAL(E) REMPLACANT(E)

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 **HOPITAL Graulhet**

identifiant

raison sociale

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

8 1 0 0 0 0 3 9 8

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS

prestation ou traitement prescrit le 0 2 1 1 2 0 2 0 accord préalable du

X 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)

soins en rapport avec le protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non X oui

date

J J M M A A A A

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

ACTES EFFECTUES

dates des actes	codes des actes	tarification	montant des honoraires ①	dépass.	frais de déplacement			DD
					I.F. ②	I.K. nbre	I.K. montant ③	
0 2 1 1 2 0 2 0	AMS 7.5		1 6 1 3					
0 4 1 1 2 0 2 0	AMS 7.5		1 6 1 3					
0 6 1 1 2 0 2 0	AMS 7.5		1 6 1 3					
0 9 1 1 2 0 2 0	AMS 7.5	TILISER	1 6 1 3					
1 1 1 1 2 0 2 0	AMS 7.5		1 6 1 3					
1 6 1 1 2 0 2 0	AMS 7.5	ENTE	1 6 1 3					
1 8 1 1 2 0 2 0	AMS 7.5		1 6 1 3					
1 9 1 1 2 0 2 0	AMS 7.5	DAGE	1 6 1 3					
J J M M A A A A	DES ACTES							
J J M M A A A A								

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

1 2 9 0 4

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

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

signature de l'auxiliaire
médical(e) ayant effectué
l'acte ou les actessignature 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 et 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 auxiliaire médical(e), celui-ci (celle-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 auxiliaire médical(e), celui-ci (celle-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**.

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre auxiliaire médical(e).

- * 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(elle) 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 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 votre auxiliaire médical(e) 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.