

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 081135

128860

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2310 Société : Persn

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAKBI Adnab

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Fatima ELKHERRAT
Médecine Esthétique - Médecine Généraliste
Nutritionniste
d. H. Bakir El Kadiri Rés. Panor
n° 13, 1er Etage - Casablanca

Date de consultation : 08 MARS 2022

Nom et prénom du malade : Houdar Age :

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

Nature de la maladie : Maladie chronique - artériosclérose

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Docteur Fatima El Kherrat

الدكتورة فاطمة الخراط

Médecine Générale

الطب العام

Omnipraticienne Nutritionniste diplômée (Canada)

Spécialiste en médecine de Travail (Rennes-France)

Diplômée d'Echographie



حائزة على دبلوم التغذية بكلية الطب كندا

أخصائية طب الشغل كلية الطب (رانس - فرنسا)

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, le

الدار البيضاء في

30 MARS 2022

Dr Lotife Bader

Mu dose

100 000

2 prise / max 10mg

Pharmacie de la FEDARIE

Mr et Mme STILHART

N° 81 200 357 2

06 AVR. 2022

Tél : 05 63 57 15 21
Fax : 05 63 57 97 13
81600 Bren

Dr Fatima ELKHERRAT
Médecine Générale
Nutritionniste
Bd Aboubaker El Kadiri Rés. Panorama
Casablanca
Tél: 05 22 97 20 36 / 06 61 18 51 01

Bd Aboubaker Elkadiri Résidence Panorama immeuble 1 bureau 3 sidi maarouf
Casablanca

الهاتف : 05 22 97 20 36 - النقال : 06 61 18 51 01

Docteur Fatima El Kherrat

الدكتورة فاطمة الخراط

Médecine Générale

Omnipraticienne Nutritionniste diplômée (Canada)

Spécialiste en médecine de Travail (Rennes-France)

Diplômée d'Echographie



الطب العام

حائزة على دبلوم التغذية بكلية الطب كندا

أخصائية طب الشغل كلية الطب (رانس - فرنسا)

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, le

30 MARS 2022

الدار البيضاء في

Dr. Fatima El Kherrat

Levithyron 25 mg

2x 1/4 hor rel 3mk

(1/2 heure avant le déjeuner)

Levithyron 25 mg

2x 1/4 hor rel 3mk

(1/2 heure avant le déjeuner)

Dr. Fatima ELKHERRAT
Médecine esthétique - Médecine Générale
Nutritionniste

3d Aboubaker El Kadiri Rés. Panorama
Bd Aboubaker El Kadiri - Casablanca

05 22 97 20 36 / 06 61 18 51 01

Panorama immeuble 1 bureau 3 sidi maarouf
Casablanca

الهاتف: 05 22 97 20 36 - النفا: 06 61 18 51 01

000 reg.0 FACTURE No.220025054

06/04/2022, ord. 06/04/2022,

HADAR LATIFA

Total: 2,64EUR

1x2,13EUR 7 34009 3015381 9 CHOLECALCIFEROL ZEN BUV A.2ML1 (1057977)

(Prescr. 1x UVEDOSE 100000UI BUV AMP2ML 1)

1x0,51EUR *Honoraire de dispensation remboursables

PHARMACIE DE LA FEDARIE

TEL : 05 63 57 15 21

812003572 OP : 4

Dr. Fatima ELKHERAT
Médecine Générale
N°101118
Médecine es.
N°3, 1er étage
Rue de la Casablanca
Tel: 05 22 97 20 36 / 06 01 18 51 01

by Darmas for
don't for
to 3 items

Docteur Fatima El Kherrat

الدكتورة فاطمة الخراط

Médecine Générale

Omnipraticienne Nutritionniste diplômée (Canada)

Spécialiste en médecine de Travail (Rennes-France)

Diplômée d'Echographie



الطب العام

حائزة على دبلوم التغذية بكلية الطب كندا
أخصائية طب الشغل كلية الطب (رانس - فرنسا)
حائزة على دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, le 28 MARS 2022 الدار البيضاء في

Dr. Fatima El Kherrat

1) Mexi 20mg

2cp pour 10 jours

avant le rep.

2) Scott 20mg

3cp pour 10 jours

avant le rep.

3) Celebrex 200mg

1cp 2 fois par jour



Bd Aboubaker Elkadiri Résidence Panorama immeuble 1 bureau 3 sidi maarouf
Casablanca

الهاتف: 05 22 97 20 36 - النفاذ: 06 61 18 51 01

après la 1^{re}

4) André

Le 1^{er} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème}
après la 1^{re}

Dr. Fatima ELKHERRAT
Médecine esthétique - Médecine Générale
Nutritionniste
Bd. Aboubaker El Kadiri Rés. Panorama
Imm. I n°3, 1er Etage - Casablanca
tél: 05 22 97 20 36 / 06 61 18 51 01

000 reg. 0 FACTURE No. 220025065
06/04/2022, ord. 06/04/2022,
HADAR LATIFA
Total: 18,92EUR
1x3,72EUR 7 34009 4971806 1 ESOMEPRAZOLE WTR 40MG GELU B14 (1057989)
(Prescr. 1x INEXIUM 40MG CPR B114)
1x4,25EUR 7 34009 3619645 2 PREDNISOLONE ORU 20 MG WINTHROP (1057990)
1x6,08EUR 7 34009 2760956 5 CELECOXIB ZEN 200MG GELU B130 (1057991)
2x2,18EUR 7 34009 3595583 8 DULIPRANE 1000MG CPR B18
1x0,51EUR *Honoraire de dispensation remboursables
PHARMACIE DE LA FEDARIE
TEL : 05 63 57 15 21
BP : 4 8120035/2

feuille de soins
pharmacien ou fournisseurArt. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

2 2 0 0 2 5 0 6 5
0 6 0 14 2 0 2 2 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

HADAR LATIFA

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

0 7 0 6 1 9 5 4 A

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

nom et prénom

HADAR LATIFA

(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)

A 1

ADRESSE de L'ASSURE(E)

30 AV DE LA GARE

81600 GAILAC

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

N° RPPS

=> 1000097330

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE DE LA FEDARIE

M. & Mme STILHART

447 Avenue de la Fdari

81600 BRENS

TEL : 05 63 57 15 21

=> 812003572

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom EL KHERRAT FATIMA

identifiant

raison sociale

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

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

0 6 0 4 2 0 2 2 A

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

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

QIE : 6

ou

Code Risque:

Code Exo:

Code acte	Homop	rep	Qt	Prix	Produits et PRESTATIONS DELIVRES	Nbre	Mode	Indic.	Date	Date
tarification détaillée	code	code	code	unitaire	Montant	presc	subst.	db	loc	fin
PH7	34009	4971806	1	2,70	2,70 ESUMEPRAZOLE WTR 40MG GELU B14					
HD7			1	1,02	1,02 HONORAIRE DE DISPENSATION					
PH7	34009	3619645	2	3,23	3,23 PREDNISOLONE ORD 20 MG WINTHROP					
HD7			1	1,02	1,02 HONORAIRE DE DISPENSATION					
PH7	34009	2760936	5	5,06	5,06 CELECOXIB ZEN 200MG GELU B130					
HD7			1	1,02	1,02 HONORAIRE DE DISPENSATION					
PH7	34009	3593583	8	1,16	2,32 DOLIPRANE 1000MG CPR B18					
HD7			2	1,02	2,04 HONORAIRE DE DISPENSATION					
HDR			1	0,51	0,51 HONORAIRE DE MEDICAM. REMB.					

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

PAIEMENT 1 8, 9 2

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 fournisseursignature 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 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, 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.

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

HADAR LATIFA

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

0 7 0 6 1 9 5 4

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

HADAR LATIFA

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

A 1

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

30 AV DE LA GARE

B1600 GAILAC

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

N° APPS

=) 1000097330

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE DE LA FEDARIE

M. & Mme STILHART

447 Avenue de la Fdari

B1600 BRENS

TEL : 05 63 57 15 21

=) 812003572

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

EL KHERRAT FATIMA

identifiant

raison sociale

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

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

0 6 J 0 4 M 2 0 2 2

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

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

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

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

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

QTE : 2

Code Risque:

Code Exo:

Code	AT/MP	Homo	cop	numéro	Prix	Libellé	Nbre	Mode	Indic.	Date	Date
acte	QIP / Rf LOP	code	cond.	livre	unilapre	Montant	htes	presc	subst.	db	loc
tarification détaillée											
PH7	34009	3015381	9	1	1,11	1,11					
				1	1,02	1,02					
HD7				1	0,51	0,51					
HDR											

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

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 4

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

PHARMACIE DE LA FEDARIE

Pharmacie de la FEDARIE

M. et Mme STILHART

N° 812003572

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

signature du pharmacien
ou du fournisseur

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.

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

HADAR LATIFA

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

0 7 0 6 1 9 5 4 A

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

nom et prénom

HADAR LATIFA

(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)

A 1

ADRESSE de L'ASSURE(E)

30 AV DE LA GARE

81600 GAILAC

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

N° RPPS

=> 1000097330

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE DE LA FEDARIE
M. & Mme STILHART
447 Avenue de la Fdari
81600 BRENS

TEL : 05 63 57 15 21

=> 812003572

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom EL KHERRAT FATIMA

identifiant

raison sociale

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

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 0 6 0 4 2 0 2 2 A

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

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

QTE : 6

ou

Code Risque:

Code Exo:

Code acte	Homop	Tap	Qt	Prix	Produits et Prestations Delivrees	Nbre	Mode	Indic	Date	Date
	code	cond	divre	unitaire	Montant	presc	subst.	db	loc	fin
PH7	34009	3015795	4	2	4,60	9,20	LEVOTHYROX 88MCG CPR BT90			
HD7				2	1,02	2,04	HONORAIRE DE DISPENSATION			
PHN	34009	3632686	6	1	7,95	7,95	MAGNEVIE B6 100MG/10MG CPR 60			
PH4	34009	3831109	9	1	1,72	1,72	ECONAZOLE ARW 1% CR TB30G			
HD4				1	1,02	1,02	HONORAIRE DE DISPENSATION			
HDK				1	0,51	0,51	HONORAIRE DE MEDICAM. REMB.			
HDE				1	3,57	3,57	HONORAIRE DE MEDICAM. SPEC.			

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

PAIEMENT 2 6 0 1

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 fournisseursignature 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.