

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.

Maladie

Dentaire

Déclaration de Maladie

Nº M21- 081135

128860

Optique

Autres

Matricule : 7310	Société : MUPRAS
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : El Amin R. Adam B	
Date de naissance :	
Adresse :	
Tél. :	Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Dr. Fa-Tima ELKHERRAT Médecine & Nutrétique - Médecine Générale Nutritioniste d. Dr. Baker El Kadiri Rés. Panor n° 113, 1er Etage - Casablanca
Date de consultation :	8 MARS 2022 75 23 20 36 / 06 61 18
Nom et prénom du malade :	Hosdar H. Hakani
Lièn de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Dr. estime à - asthme - asthme - atopie
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) :


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
28 MARS 2022	C			<i>DR. Fatima EL KHERRAT Médecine Esthétique Médecine Générale Nutritioniste Bd. Aboubaker El Kadiri Rés. Panorama Imme. n°3, 1er Etage - Casablanca Tél. 05 22 97 20 36 / 06 61 18 51 01</i>
30 MARS 2022	Cont			<i>DR. Fatima EL KHERRAT Médecine Esthétique Médecine Générale Nutritioniste Bd. Aboubaker El Kadiri Rés. Panorama Imme. n°3, 1er Etage - Casablanca Tél. 05 22 97 20 36 / 06 61 18 51 01</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Cachet du Médecin	
		<i>DR. Fatima EL KHERRAT Médecine Esthétique Médecine Générale Nutritioniste Bd. Aboubaker El Kadiri Rés. Panorama Imme. n°3, 1er Etage - Casablanca Tél. 05 22 97 20 36 / 06 61 18 51 01</i>	
		<i>Mr et Mme STILHART 447 Av de la Fedarie 81600 Brie</i>	
		<i>Tél : 05 63 57 15 21 / Fax : 05 63 57 97 13</i>	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	TVA : FR17 752 886 500 700 022	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>

Docteur Fatima El Kherrat

الدكتورة فاطمة الخرات

Médecine Générale

Omnipraticienne Nutritionniste diplômée (Canada)

Spécialiste en médecine de Travail (Rennes-France)

Diplômée d'Echographie



الطب العام

حاوزة على دبلوم التغذية بكلية الطب كندا
أخصائية طب الشغل كلية الطب (رانس - فرنسا)

حائزه على دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, le

الدار البيضاء في

30 MARS 2022

The late Mr. Borden

Mit dose 100 000
Sonde / max vertaus

Pharmacie de la FEDARIE
Mr et Mme STILHART
N° 81 200 357 2

Tél. : 05 63 57 15 21
Fax : 05 63 57 97 13
81600 Brem

07 15 21
07 97 13
ren
~~Dr Fatima ELKHERRAT~~
Médecine Générale
Nutritionniste
BD. Abd Elkader E. Kadi Rés. Panorama
M. Lin 3, Casablanca - Casablanca
Tel: 05 22 97 20 36 / 06 61 18 51 0

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

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

Médecine Générale

Omnipraticienne Nutritionniste diplômée (Canada)

Spécialiste en médecine de Travail (Rennes-France)

Diplomée d'Echographie



الطب العام

حاصلة على دبلوم التغذية بكلية الطب كندا

أخصائية طب الشغل كلية الطب (رانس - فرنسا)

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, le

30 MARS 2022

الدار البيضاء في

Dr. Fatima El Kherrat

Le patient est une femme de 30 ans
qui vient pour la première fois
(elle n'a pas fait de gynécologique)

Pharmacie de la SEDARIE

Le patient est une femme de 30 ans

qui vient pour la première fois

(elle n'a pas fait de gynécologique)

37 Noguera

2010 Casablanca

Dr. Fatima ELKHERRAT
Médecine esthétique - Médecine Générale
Nutritionniste

Bd Aboubaker El Kadiri Rés. Panorama
immeuble 1 étage Casablanca
05 22 97 20 36 / 06 61 18 51 01 Casablanca

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

000 reg.0 - FACTURE N°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)

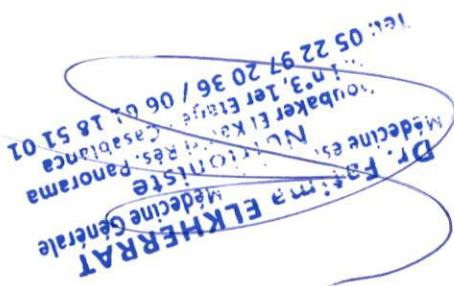
(Prescr. 1x UVEDOSE 100000UI BUV AMP2ML 1)

1x0,51EUR *Honoraire de dispensation remboursables

PHARMACIE DE LA FEDARIE

TEL : 05 63 57 15 21

812003572 DR : 4



Don pour la famille
de Jérôme

Docteur Fatima El Kherrat

الدكتورة فاطمة الخراط

Médecine Générale

Omnipraticienne Nutritionniste diplômée (Canada)

Spécialiste en médecine de Travail (Rennes-France)

Diplomée d'Echographie



الطب العام

حاصلة على دبلوم التغذية بكلية الطب كندا

أخصائية طب الشغل كلية الطب (رانس - فرنسا)

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, le 28 MARS 2022 الدار البيضاء في

Dr. Fatima EL KHERRAT

→ Medi hong
la gout et le mal
courir le ps.

→ Sout hong

3g hong per jour

courir le ps

3g hong per jour

1 gel Essai per jour



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

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

opérés de la greffe

4) Andalou

Le jet d'eau
dans la baignoire



812003572 OP : 4

REL : 05 63 57 15 21

PHARMACIE DE LA FEDRAKIE

100, SIEUR *Hémorragie de dispensation remboursables

2x2, 18EUR 7 34009 3595583 8 DULIPRANE 100MG CPR B16

1x6, 08EUR 7 34009 2760956 5 CELECOXIB ZEN 200MG GELU BT30 (1057990)

1x4, 25EUR 7 34009 3619645 2 PRENDISOLONE ORO 20 MG WINTHROP (1057990)

(Prescr. 1x INIEXUM 40MG CPR B114)

1x3, 72EUR 7 34009 4971806 1 ESMERALDIALE MTR 40MG GELU B14 (1057989)

Total: 18, 92EUR

HADAR LATIFA

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

000 reg.º FACURÉ N.º 220025065

joindre la prescription
sauf si renouvellement

feuille de soins pharmacien ou fournisseur

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

numéro de facture (facultatif)

2 2 0 0 2 5 0 6 5

date 6 0 4 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 1 6 M 1 9 5 4 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 HADAR LATIFA

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

numéro d'immatriculation

A 1

ADRESSE de L'ASSURE(E)

30 AV DE LA GARE

81600 GAILLAC

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE DE LA FEDARIE

M. & Mme STILHART

447 Avenue de la Fédari

81600 BRENS

TEL : 05 63 57 15 21

=> 812003572

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom EL KHERRAT FARIMA

raison sociale

identifiant

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

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 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

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

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.

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

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

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

Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous-même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

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

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

- * • Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident.
Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer **votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

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

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.

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

numéro de facture (facultatif)

2 2 0 0 2 5 0 5 7

date 0 6 0 4 2 0 A 2 2 A

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre**PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)****PERSONNE RECEVANT les SOINS** (*la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur*)

nom et prénom

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

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))

numéro d'immatriculation

A 1

ADRESSE de L'ASSURE(E)

30 AV DE LA GARE

81600 GAILAC

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR**IDENTIFICATION de la STRUCTURE**

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

raison sociale

identifiant

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

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

Code	AT/MP	Home	Sep	Dt	Prix	numéro	tarification détaillée	QTE : 6	ou	Code Risque:	Nbre	Mode Indic.	Date	Code Exo:	J	J	M	M	A	A	A		
PH7	34009 3019795 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																
HDR				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

PHARMACIE DE LA FEDARIE

M. & Mme STILHART

N° 812003572

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 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.

UCANSS - PARAGON CC - 20AC27 - 04/2021 - 20179785 - FSPHF 10-2014 S3115h

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

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

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

Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous-même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- 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.