

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 canalaire, 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 canalaire.

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- 0042923

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08539 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : HILAL ZOHRRA 159 131
 Date de naissance :
 Adresse : CASABLANCA
 Tél. : 0697678607 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

 Date de consultation : / / N° Identification : 750012767 02/03/2023
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : HILAL ZOHRRA
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
22/3/03				

Dr Faëza BEN MEBREZET
 Médecin généraliste
 Centre de Santé Jack SENET
 Amand Moisant, 75731 PARIS Cedex 12
 Tel : 01 46 49 11 15
 N° Identification : 750012767

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BIENVENUE 75 203 161 43, avenue du Maine 75014 Paris Ouvert 7/7 8h00 - 21h00 Tél : 01.43.20.95.09 - Fax : 01.43.35.49.23 pharmaciebienvenue@hotmail.fr	22/03/03	10,07 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

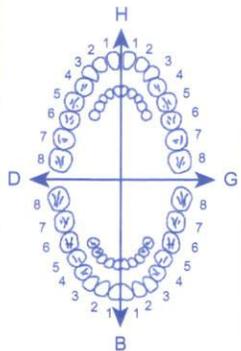
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

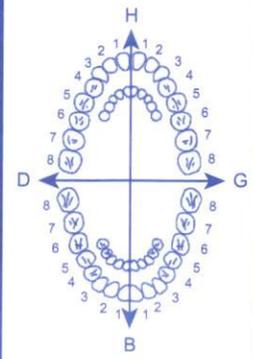
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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

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



(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	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

Centre médical et dentaire Jack Senet
12 rue Armand Moisant
75015 PARIS

N° Finess : 75 0 01276 7

Patient HILAL Zohra (N°: 823927)
Né(e) le 09/09/1966

HILAL Zohra (N°: 823927)
9, Rue Georges Duhamel

N° SS Assuré HILAL Zohra (N°: 823927)

75015 France

Praticien BEN MERABET Faeza
Spécialité Médecine générale
Adeli/RPPS 10003751285

FACTURE N°300 983 805/0 du 22/03/2023

Date Soins	Acte - Cotation	RO	RC	Patient	Total
22/03/2023	G 1	0,00	0,00	25,00	25,00
Total		0,00	0,00	25,00	25,00

MG SERVICES
CENTRE DE SANTÉ JACK SENET
12, rue Armand Moisant, 75731 PARIS CEDEX 1.
N° Finess : 75 00 12 76 7
Tél. : 01 46 49 11 15

PAYÉ

Tiers-Payant consenti	0.00	Montant à la charge du patient (*)				25.00
						25,00
		<u>Espèces</u>	<u>Chèques</u>	<u>Cartes</u>	<u>Autres</u>	
		25.00	0.00	0.00	0.00	
		Solde restant dû :				0,00

(*) Le montant dû par le patient peut être révisé compte tenu des remboursements effectivement versés par le Régime Obligatoire et Régime Complémentaire

Centre de Santé Jack Senet
12, rue Armand Moisant
75731 Paris Cedex 15
Fax : 01.42.79.16.42

Tél : 01.46.49.11.15

www.centre-jack-senet.fr

Centre de Santé Broca
94 Bis, rue Broca
75013 Paris
Fax : 01.42.79.58.61

MG SERVICES Siège Social : 1-11 Rue Brillat - Savarin - CS 21363 - 75634 Paris cedex 13 Union soumise aux dispositions du livre III du code de la Mutualité immatriculée au RNM sous le N° 442 488 995

Vos données sont utilisées par MG Services, en tant que responsable de traitement, pour l'exécution de votre contrat. Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles, vous pouvez consulter notre Politique de protection des données disponible sur le site internet ou sur demande à l'accueil de nos Centres de santé.

Ketum

KETOPROFENE 100 mg, comprimé pelliculé

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

QU'EST-CE QUE KETUM 100 mg, comprimé pelliculé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE KETUM 100 mg, comprimé pelliculé ?

COMMENT PRENDRE KETUM 100 mg, comprimé pelliculé ?

QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

COMMENT CONSERVER KETUM 100 mg, comprimé pelliculé ?

CONTENU DE L'EMBALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS

DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

FLECTOR® 1%, Gel

Diclofénac épolamine



IBSA

Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que **FLECTOR® 1 %, gel** et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître

- Ne pas vous exposer au soleil ni aux lampes à bronzer pendant votre traitement.

Précautions d'emploi

- **FLECTOR® 1 %, gel** n'est pas recommandé chez l'enfant.
- Le port de gants par le masseur kinésithérapeute, en cas d'utilisation intensive, est recommandé.
- Ce médicament contient de l'huile de ricin et peut provoquer des réactions cutanées.
- Ce médicament contient un parfum contenant les allergènes suivants pouvant provoquer des réactions allergiques : hydroxycitronellal, alcool cinnamique, amyl cinnamal et salicylate de benzyle.
- Ce médicament contient du benzoate de méthyle et peut provoquer une irritation locale.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Doliprane® 1000 mg Comprimé
PARACÉTAMOL

SANOFI 

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous. Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien. • Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire. • Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information. • Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4. • Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 3 jours en cas de fièvre ou 5 jours en cas de douleurs. Ne laissez pas ce médicament à la portée des enfants.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DOLIPRANE 1000 mg, comprimé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre DOLIPRANE 1000 mg, comprimé ?
3. Comment prendre DOLIPRANE 1000 mg, comprimé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DOLIPRANE 1000 mg, comprimé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

- Pour traiter un enfant de moins de 6 ans car il peut avaler de travers et s'étouffer. Utilisez une autre forme.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent.

Vérifiez que vous ne prenez pas d'autres médicaments contenant du paracétamol, **y compris si ce sont des médicaments obtenus sans prescription.**

Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée. (voir « Posologie » et « Si vous avez pris plus de DOLIPRANE 1000 mg, comprimé que vous n'auriez dû »).

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre DOLIPRANE 1000 mg, comprimé.

1. QU'EST-CE QUE DOLIPRANE 1000 mg, comprimé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique – code ATC : N02BE01

N° 12541 *02

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

Ref. = 300 983 805
date J 2 2 0 3 2 0 2 3 A A A

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

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

numéro d'immatriculation

date de naissance 0 9 0 9 1 9 6 6 A

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le médecin)

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)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

BEN MERABET FAEZA

100 0 3 7 5 1 2 8 5

0 1

CONVENTIONNE

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

**CENTRE DE SANTE JACK SENET
DISPENSARE POLYVALENT**

12 RUE ARMAND MOISANT

75731 PARIS CEDEX 15

=> 75 0 01276 7 20 1 11 0 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

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

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

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :
(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique urgence hors résidence habituelle médecin traitant remplacé accès hors coordination

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							LD ② M.D.	nbre	L.K. montant ③
2 2 0 3 2 0 2 3 J J M M A A A A				G	2 5, 0 0				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL

2 5, 0 0

mg SERVICES

l'assuré(e) n'a pas payé le **CENTRE DE SANTE JACK SENET**
12, rue Armand Moisant, 75731 PARIS CEDEX 15

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

signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actes

N° Finess 75 00 12 76 7
Tél. : 01 46 49 11 15

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 médecin, celui-ci remplit l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne, y compris le code de l'organisme de rattachement.
 - Si vous payez votre médecin, celui-ci indique uniquement vos nom et prénom, selon vos indications, ou en reprenant les informations contenues dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.
- Les autres lignes de cette rubrique sont à compléter par vous même (le code de l'organisme de rattachement ne doit pas être indiqué dans ce cas) :

- si vous êtes la personne recevant les soins et aussi l'assuré(e), inscrivez seulement :
 - votre numéro d'immatriculation (il est indiqué sur votre carte Vitale et sur l'attestation papier qui l'accompagne),
- si vous êtes la personne recevant les soins mais pas l'assuré(e), écrivez :
 - 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 remplir par votre médecin, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- Si l'acte qu'il effectue est en rapport avec l'affection de longue durée (ALD), il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- 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 liés à un accident causé par une personne autre que vous-même, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements, recueillis sous votre responsabilité, doivent obligatoirement figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à votre accident auprès de l'assureur de la personne ayant causé cet accident.
- Si vos soins sont liés à un accident du travail, ou à une maladie professionnelle, présentez à votre médecin la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins est votre nouveau médecin traitant, il doit cocher la case prévue à cet effet. Dans ce cas, n'oubliez pas d'envoyer à votre caisse d'assurance maladie la nouvelle déclaration de choix du médecin traitant.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins n'est pas le médecin traitant que vous avez déclaré, il doit indiquer si l'acte est réalisé à la demande de celui-ci. Dans ce cas, il reporte sur la feuille de soins le nom et le prénom de votre médecin traitant. Si votre état de santé nécessite l'intervention de plusieurs médecins, ces informations doivent également être reportées sur la feuille de soins par ces médecins.

Dans la négative, le médecin doit cocher l'une des cases permettant de préciser si les soins sont réalisés :

- par un médecin exerçant une spécialité à accès direct (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie) ou par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies (art. D 162-1-6, 6° du Code de la sécurité sociale),
- en urgence,
- hors de votre résidence habituelle (par exemple lorsque vous êtes en congé),
- par un médecin remplaçant votre médecin traitant en son absence,
- en accès libre non coordonné, c'est-à-dire lorsque vous consultez directement un médecin qui n'est pas votre médecin traitant.

Recommandations importantes :

Prévenez votre organisme d'assurance maladie à l'occasion d'un changement intervenant dans votre situation, comme, par exemple, en cas de :

- changement de compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne : envoyez-lui votre nouveau relevé d'identité de compte,
- 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. Votre ancien organisme d'assurance maladie peut vous aider dans cette démarche.

- Si le médecin 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.

Docteur BEN MERABET FAIZA
Médecine Générale
Centre de Santé « Jack Senet »
12, rue Armand Moisant
75015 Paris

N° Finess : 750012767
N° RPPS : 10003751285

Madame ZOHRA HILAL

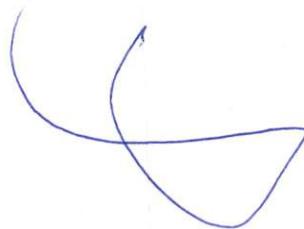
Paris, le 22/03/2023

KETOPROFENE 100MG CRISTERS CPR 30 (Kétoprofène)
1 comprimé par jour pendant 7 jours

OMEPRAZOLE 20MG BIOGARAN GELULE 14 (Oméprazole)
1 gélule de préférence le matin pendant 2 semaines.

DOLIPRANE 1 000MG CPR 8 (Paracétamol)
1 comprimé 1 à 3 fois par jour pendant 7 jours

FLECTOR 1% GEL FL 100G (Diclofenac épolamine)
1 application 3 à 4 fois par jour pendant 3 jours



MONTANT TOTAL : 10,07
 MONTANT AMC : 0,00
 MONTANT ASSURE : 10,07
 MONTANT AMO : 0,00
 1 KETUM CPR 100MG 3400933927912 Dns: 1 Dp-do: 1030419 Lot: 2P62A 2,66 - 1,02 0
 1 DOLIPRANE 1000 C 34009335955838 Dns: 1 1,16 - 1,02 0
 1 FLECTOR GEL 1% 3400937784214 Dns: 1 2,68 - 1,02 0
 1 APPLIC LOC100G Dns: 1 0,51 - 0 0
 1 Honor. dispens. HDR
 MONTANT ASSURE : 10,07
 MONTANT AMC : 0,00
 MONTANT AMO : 0,00

Centre de Santé Jack Senet
12, Rue Armand Moisant
75731 Paris Cedex 15
Salle de soins : 01.42.79.16.20
Fax : 01.42.79.16.22
Date Fact. :
22/03/2023
905750

www.centre-jack-senet.fr

Centre de Santé Broca
94 Bis, rue Broca
75013 Paris
Salle de soins : 01.42.79.58.92
Fax : 01.42.79.58.94



joindre la prescription
sauf si renouvellement

N° 11389*05

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)

905750
date J J M M A A A A 22032023

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 **HILAL Zohra**
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation

date de naissance J J M M A A A A 1

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

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

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

ADRESSE de L'ASSURE(E)

00000 CASABLANCA

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

MONTPARNASSE BIENVENUE

PHARMACIE MONTPARNASSE BIENVENUE
43 AV DU MAINE
75014 PARIS
752031641

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 **CTREJACK SENET**
identifiant

raison sociale
n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET) 750012767

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 22032023 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 ou date J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarif	Prest.	CIP/Ref.	LPP(ut)	Homeo	Decon-	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes	Mod.	Indic.	Date	Date
				c. tab	ditiion.					utili.	presc	Subst.	debut	loc fin
	PH7	3400933927912				1	2,66	2,66	KETUM CPR 100MG PELLIC					
	HD7					1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7					
	PH7	3400935955838				1	1,16	1,16	DOLIPRANE 1000 CPR8					
	HD7					1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7					
	PH4	3400937784214				1	2,68	2,68	FLECTOR GEL 1% APPLIC					
	HD4					1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD4					
	HDR					1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					

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

PAIEMENT 1 0 , 0 7

MONTANT TOTAL en euros 22 MARS 2023

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

MONTPARNASSE BIENVENUE

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 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.