

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## itions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## ladie 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

Nº P19-0028669

ND 45734

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4835 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAID

BRIBER

Date de naissance :

03/03/1957

Adresse :

Tél. : 06.66.18.87.18 Total des frais engagés : 22,42 E Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MEDECIN -COLONEL  
Malika HAJILA  
Médecin Chef de l'EFM TEST

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ZERAD Saâd Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Depression + DMDD

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 : 02/11/2020

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
15/09/2020				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MÉDICAL 55, rue Marcheron 92170 VANVES - 92 20 17454 Tél. 01 46 42 93 81	09/09/20	22,42 €

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	21433552	00000000	
	D	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
	G			
MONTANTS DES SOINS	(Création, remont, adjonction)			
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

PC: 034093722461	sau si renou	JY001 12/202	RECEVANT ZERRAD (naissance) suiv iculation	Lot EXP SN 2 FH 33567A	Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité so u Code des pensions militaires d'invalidité et des vié NNE RECEV e "non"	SOINS et A gatoirement	SN 14718875K LOT EXP SN 16004 10/2021	numéro de facture (facultatif)
SN: EXP Lot								2 3 3 5 6 8 date 0 9 0 9 2 0 2 0
remplir si la personne recevant les soins n'est pas ZERRAD SAADIA				macien ou le fournisseur)				
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)				TOT. AMO= 0,00				
13 RUE DE CHATILLON 92170 VANEVS				TOT. AMC= 0,00				
IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR				TOT. ASS= 22,42				
				IDENTIFICATION de la STRUCTURE				

TRINCAL

N°RPPS

=> 922117718

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE TRINCAL\*

55 RUE RAYMOND MARCHERON  
92170 VANVES

=> 92 2 01745 4

OP : FJ

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

#### IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

MEDECIN FICTIF

identifiant

raison sociale

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

3 5 1 9 9 9 9 6 6

#### CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

0 9 0 9 2 0 2 0

date de l'accord préalable (le cas échéant)

NORMAL 10/0

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

tarification détaillée

Code acte CIP / Ref LPP

	Homéo	Top	Qté	PU	Mt factu.	Libellé	Nbre btes Util.	Mod presc.	Indic. Substi.	Date déb loc	Date fin loc
PH7	3400937224611	4	1	7,30	7,30	GLUCOPHAGE 85					
HD7			1	1.02	1.02	HONORAIRE DISP					
PH4	3400935153609	2	3	2,32	6,96	SULPIRIDE 50MG					
HD4			3	1.02	3.06	HONORAIRE DISP					
HDR	HDR		1	0,51	0,51	HONORAIRE MEDI					
HDE	HDE		1	3,57	3,57	HONORAIRE MEDI					

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 2, 4, 2

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

PHARMACIE TRINCAL

signature de  
l'assuré(e)

ZERRAD SAADIA

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.

- 2/11/2020

Mme Sandrine ZERRAD

fluorophore 800

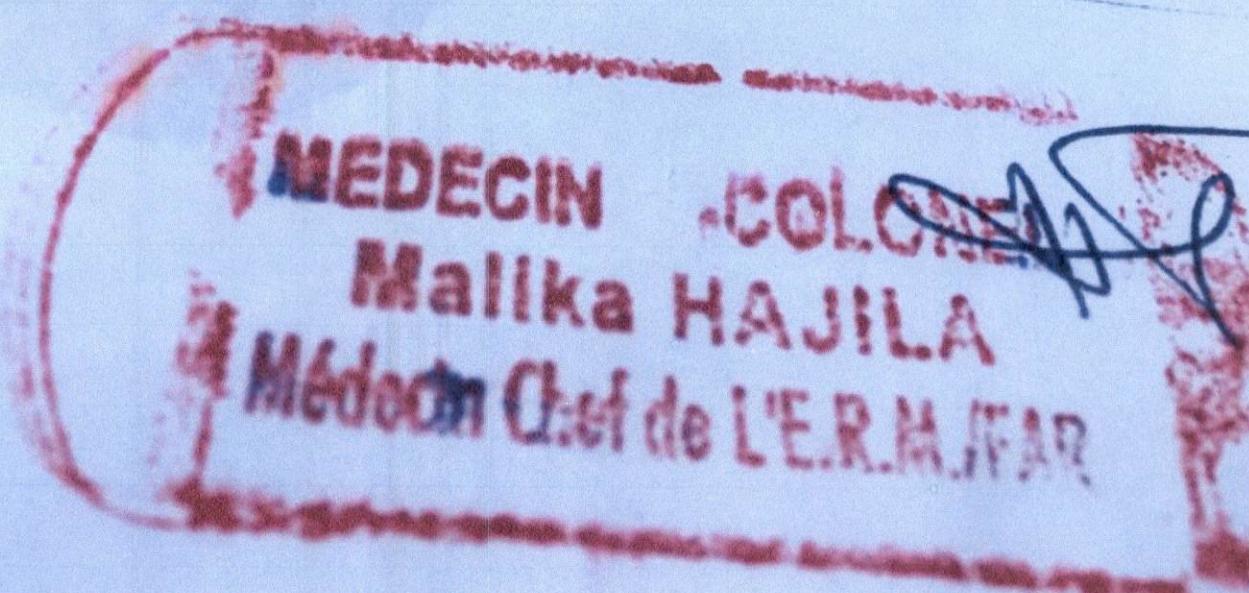
= 4 b mi

Antennal  $\rightarrow$  13 min

Sulphonate 50

1 fl de ster

for  $\rightarrow$  13 min



PHARMACIE TRINCAL  
TRINCAL  
55 RUE RAYMOND MARCHERON  
92170 VANVES  
Tel : 01-46-42-03-81  
Fax : 09-70-29-50-18

ZERRAD SAADIA

N° Caisse : 92 2 01745 4

Opérateur : FJ

Code S Qte Designation Act Punit Base R Hono. TxRo  
Ordon.

3400937224611 N	1	GLUCOPHAGE 850MG CPR 90	PH7	7,30	5,49	1,02	000
396511							
3400935153609 N	3	SULPIRIDE 50MG MYLAN GELU PH4		2,32	2,32	1,02	000
396512							
HDR	N	1 Honoraire medicament remb	HDR	0,51	0,51	0,00	000
HDE	N	1 Honoraire medicament spec	HDE	3,57	3,57	0,00	000
Total	22,42	Total RO 0,00	Total RC 0,00	Total Assure 22,42			