

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.

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 Anglé 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

N° W21-772362

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4615 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KINANI OUAFAA

Date de naissance : 02/02/61

Adresse : Rue Kadi Bakkar Residence Nansoun Imm: E - Appt: 2 - 3ème étage CASABLANCA

Tél. : 06 6133 4933 N° Finess : 590796975

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/4/2023

Nom et prénom du malade : KINANI OUAFAA Age : 62 ans

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

Nature de la maladie : Goutte chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 03 MAI 2023

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 : PARIS

Le : 13/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dr Isabelle LEGROUX

Rhumatologie

N° RPPS :



10002289360

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
13/4/2023	Consultation	C2	50€

N° Finess : 59079697 5
59037 LILLE CEDEX
CHU de LILLE
Hôpital R. SALENGRO
Service de Rhumatologie

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Montant de la facture

LABORATOIRE

30 - BIOLOGIE - CONVENTIONNE

18 RUE MARBEUF - 75008 PARIS

Tél. : 01 47 23 52 44

14,04€

187,75€

15,94€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

DOCTEUR B. CORTEI
Professeur à la Faculté
Service de Rhumatologie

Hôpital R. SALENGRO

CHU de LILLE

59037 LILLE CEDEX

N° Finess : 59079697 5

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

59037 PAQ 5007 39,96€

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

GRANDE PHARMACIE DE PARIS



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

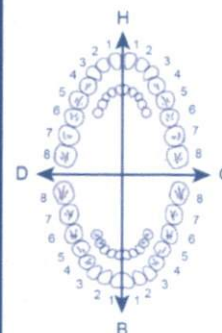
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Pôle des Neurosciences et de
L'Appareil locomoteur**

Clinique de Rhumatologie
Consultation et Hospitalisation



N° FINESS



590796975

Professeurs des Universités rhumatologie :

Professeur Bernard CORTET

RPPS 10002241767

Professeur René-Marc FLIPO

RPPS 10003797221

Professeur Julien PACCOU

RPPS 10005187850

Praticiens hospitaliers rhumatologie :

Docteur Anne BERA-LOUVILLE

RPPS 10002257102

Docteur Isabelle LEGROUX-GEROT

RPPS 10002289360

Docteur Peggy PHILIPPE

RPPS 10002302445

Docteur Cécile WIBAUX

RPPS 10005187942

Praticien hospitalier onco-rhumatologie :

Docteur Marie-Hélène VIEILLARD

RPPS 10002303179

Chefs de Clinique Assistants rhumatologie :

Docteur Martin DELCLAUX

RPPS 10101515368

Docteur Anne DESVAGES

RPPS 10101488871

Docteur Jean-Guillaume LETAROUILLY

RPPS 10101744117

Docteur cecile PHILIPPOTEAUX

RPPS 10101615192

Médecins Attachés rhumatologie :

Docteur Thierry CARDON

RPPS 10002246824

Docteur Véronique CASTELAIN

RPPS 10002246196

Docteur Capucine ELOY

RPPS 10100701308

Docteur Jean-Michel FARRE

RPPS 10002230984

Docteur Marie-Hélène GUYOT

RPPS 10002251102

Docteur Aurore NOTTEZ

RPPS 10102002028

Docteur Jean DARLOY

RPPS 10101732955

Docteur Mathilde DELACOUR

RPPS 10101787363

Docteur Marie-Eve BLANCHART-ROQUET

RPPS 10002254547

Médecine Physique et Réadaptation :

Docteur Jean-François CATANZARITI

RPPS 10002249455

Secrétariats :

Consultation

☎ 03.20.44.61.20

☎ 03.20.44.61.10

Hospitalisation

☎ 03.20.44.69.26

☎ 03.20.44.54.62

**Onco-rhumatologie (consultation et
hospitalisation)**

☎ 03.20.44.40.58

☎ 03.20.44.67.51

Secrétariat de recherche clinique

☎ 03.20.44.58.40

TSI 32343

Faire réaliser par une IDE à domicile :

- Une perfusion d'ACLASTA 5 mg en IV sur au moins 15 minutes en périphérie
- Boire au moins 2 grands verres d'eau avant et après la perfusion

Prescription relative au traitement de l'ALD reconnue
(Affection exonérante)

OUI ☒

NON ☐

187,75€

GRANDE PHARMACIE
DE PARIS

Constance POYER

Docteur en Pharmacie
73, rue Thiers - 62200 BOULOGNE
622 033 447

73, rue Thiers - 62200 BOULOGNE
622 033 447

Poids (si besoin) :

Lille, le 13/4/2023

Signature :

Dr Isabelle LEGROUX

Rhumatologie

N° RPPS :



10002289360



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

Pôle des Neurosciences et de
L'Appareil locomoteur

Clinique de Rhumatologie
Consultation et Hospitalisation

Professeurs des Universités:

Professeur Bernard CORTET
RPPS 10002241767
Professeur René-Marc FLIPO
RPPS 10003797221
Professeur Julien PACCOU
RPPS10005187250

Praticiens Hospitaliers:

Docteur Anne BERA-LOUVILLE
RPPS 100022557102
Docteur Isabelle LEGROUX-GEROT
RPPS 10002289360
Docteur Peggy PHILIPPE
RPPS 10002302445
Docteur Marie-Hélène VIEILLARD
RPPS 10002303179
Docteur Cécile WIBAUX
RPPS 10005187942

Chefs de Clinique Assistants:

Docteur Martin DELCLAUX
RPPS 10101515368
Docteur Anne DESVAGES
RPPS 10101488871
Docteur Jean-Guillaume LETAROUILLY
RPPS 10101744117
Docteur Cecile PHILIPPOTEAUX
RPPS 10101615192

Médecins Attachés :

Docteur Thierry CARDON
RPPS 10002246824
Docteur Véronique CASTELAIN
RPPS 10002246196
Docteur Capucine ELOY
RPPS 10100701308
Docteur Jean-Michel FARRE
RPPS 10002230984
Docteur Marie-Hélène GUYOT
RPPS 10002251102
Docteur Aurore NOTTEZ
RPPS 10102002028
Docteur Jean DARLOY
RPPS 10101732955
Docteur Mathilde DELACOUR
RPPS 10101787363
Docteur Marie-Eve BLANCHART-ROQUET
RPPS 10002254547

Médecine Physique et Réadaptation :

Docteur Jean-François CATANZARITI
RPPS 10002249455

Secrétariats :

Consultation

☎ 03.20.44.61.20

☎ 03.20.44.61.10

Hospitalisation

☎ 03.20.44.69.26

☎ 03.20.44.54.62

Onco-rhumatologie (consultation et
hospitalisation)

☎ 03.20.44.40.58

☎ 03.20.44.67.51

N° FINESS



590796975

Lille, le

13/4/2023



23748332 E 13/04/2023

KINANI
OUAFAA

us:

nais: 02/02/1961

F

NOM DU PATIENT :

Age et poids (si besoin) :

- ACLASTA 5 mg, 1 flacon
- MEDiset, 1 kit de perfusion

Prescription relative au traitement de l'ALD reconnue (affection
exonérante)

OUI

NON

Signature :

Dr Isabelle LEGROUX

Rhumatologie

N° RPPS :



10002289360

CHU de Lille.

Centre des Consultations

D'Imagerie et de l'Appareil Locomoteur

2 rue Emile Laine

59037 LILLE Cedex

Ref. document interne : ordonnance Version 1/2022

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION DE PI



LLE OU HÔPITAL)

COCHER LES CASES CORRESPONDANTES DU FORMULAIRE

Date de la prescrip on : 13/04/2023

☐ Initiati

☐ Renour

Rhumatologie

N° RPPS :



10002289360

Nom :

Prénom :

Téléphon

Iden an

*(répertoire partagé des professionnels de santé)

o ce]

23748332

13/04/2023

KINANI
OUAFAA

us :

naiss : 02/02/1961

F

Prénom :

Poids (en Kg) : 1,1,1,1

☐ Soins en rapport avec une ALD

STRUCTURE D'EXERCICE DU PRESCRIPTEUR (cabinet, éts ou centre de santé)

Raison sociale :

Adresse :

N° Finess** géographique : 1,1,1,1,1,1,1,1

** (fichier national des établissements Sanitaires et Sociaux)

N° AM*** : 1,1,1,1,1,1,1,1

*** (numéro assurance maladie du prescripteur)

DESTINATAIRES
et/ou OBJET

PATIENT

1

VILLE

☐ 2.1 Produit(s) à perfuser :
Pharmacien d'officine ou
hospitalier

☐ 2.2 Presta on(s) et disposi fs
médicaux : Prestataire ou
Pharmacien d'officine

☐ 2.3 Copie pour informa on :
Infirmier libéral en charge des
soins

HÔPITAL (HAD)

☐ 3
Hospitalisation à
domicile (HAD)

- ☒ Pour une perfusion « en ville », 4 exemplaires du formulaire sont édités et signés avec le coche de la case du des nataire correspondant (cf. 1, 2.1, 2.2, et 2.3 ci-dessus).
Si la perfusion s'opère dans le cadre de l'HAD, 2 exemplaires sont édités et signés avec le coche de la case du destinataire correspondant (cf. 1 et 3 ci-dessus).
☒ Un pa ent qui nécessite des soins complexes et multidisciplinaires relève exclusivement de l'hospitalisation à domicile (HAD).
☒ Une chimiothérapie réalisée avec l'appui d'un prestataire doit se faire conformément aux disposi ons de l'arrêté du 20.12.2004 fixant les conditions d'utilisation des anticancéreux injectables inscrits sur la liste « rétrocession » prévue à l'article L 5126-4 du code de la santé publique.

PRODUIT À PERFUSER n°1	Dénomination du produit - dosage (concentra on), posologie (débit en ml/h ou mg/h), solvant, ... : (un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste dite « rétrocession » ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'une HAD).		Voie d'abord		Mode d'administration	
	<p><i>Adclaste 5mg</i></p> <p>Durée d'administration d'une perfusion : (heure(s) et) 15 minutes</p> <p>Nombre total de perfusions : 1</p> <p>Date de début de la cure : 1,1,1,1,1,1,1,1</p>		<p><input type="checkbox"/> Veineuse centrale (VC) : <input type="checkbox"/> chambre implantable <input type="checkbox"/> cathéter central <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique <input type="checkbox"/> Péri-nerveuse <input type="checkbox"/> Veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Sous-cutanée</p> <p><input type="checkbox"/> Entre en intercure : <input type="checkbox"/> VC sauf PICC LINE <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)</p>		<p><input checked="" type="checkbox"/> Gravité <input type="checkbox"/> Di useur <input type="checkbox"/> Système actif électrique <input type="checkbox"/> ambulatoire <input type="checkbox"/> xe</p> <p>En cas de remplissage sous l'égide d'un établissement de santé, cocher ce e case : <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en éts de transfusion sanguine)</p>	
Fréquence de la ou des perfusions : par... <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois		Date de n de la cure : 1,1,1,1,1,1,1,1 ou Durée de la cure : jours				

Est défini ci-dessous la cure d'un autre produit à perfuser, ou le nouveau cycle de cure d'un produit déjà renseigné :

PRODUIT À PERFUSER n°2	Dénomination du produit - dosage (concentra on), posologie (débit en ml/h ou mg/h), solvant, ... : (un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste dite « rétrocession » ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'une HAD).		Voie d'abord		Mode d'administration	
	<p>Durée d'administration d'une perfusion : (heure(s) et) minutes</p> <p>Nombre total de perfusions : </p> <p>Date de début de la cure : 1,1,1,1,1,1,1,1</p>		<p><input type="checkbox"/> Veineuse centrale (VC) : <input type="checkbox"/> chambre implantable <input type="checkbox"/> cathéter central <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique <input type="checkbox"/> Péri-nerveuse <input type="checkbox"/> Veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Sous-cutanée</p> <p><input type="checkbox"/> Entre en intercure : <input type="checkbox"/> VC sauf PICC LINE <input type="checkbox"/> cathéter central à inser on périphérique (PICC LINE)</p>		<p><input checked="" type="checkbox"/> Gravité <input type="checkbox"/> Di useur <input type="checkbox"/> Système actif électrique <input type="checkbox"/> ambulatoire <input type="checkbox"/> xe</p> <p>En cas de remplissage sous l'égide d'un établissement de santé, cocher ce e case : <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en éts de transfusion sanguine)</p>	
Fréquence de la ou des perfusions : par... <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois		Date de n de la cure : 1,1,1,1,1,1,1,1 ou Durée de la cure : jours				

COMMENTAIRE PRESCRIPTEUR

AUTRE CURE(S) de PERF ou NPAD

A la connaissance du prescripteur, le pa ent a-t-il bénéficié « en ville » d'une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile (NPAD) dans les 26 dernières semaines ?

☐ Oui ☒ Non

Si oui, si la (ou les) présente(s) perfusion(s) s'opère(-nt) « en ville », un forfait dit de seconde installation pourra être pris en charge dans la limite d'un forfait de seconde installation par forfait de première installation, sauf proximité immédiate de l'installation antérieure.

Le pa ent a-t-il une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale en cours « en ville » ?

☐ Oui ☒ Non

Si oui, si la (ou les) présente(s) perfusion(s) s'opère(-nt) « en ville », le forfait d'accessoires et de consommables prendra en compte l'ensemble des perfusions réalisées en fonction du mode d'administration.

Si d'autres cures de produits sont prescrites, compléter par un ou d'autre(s) formulaire(s).

SIGNATURE :

[Signature]

SELAS GRANDE PHARMACIE DE PARIS
au capital social de 16000 euros
Constance POYER
73 Adolphe Thiers
62200 BOULOGNE-SUR-MER
FRANCE
Tel: 0321314437
N° SIRET : 44807724800020 - N° SIREN : 448077248
TVA Intracommunautaire : FR00448077248
RCS : 448.077.248 - Ville de greffe : BOULOGNE SUR MER
Code NAF/APE: 4773Z

Page 1 / 1

FACTURE

N°2431/783443

Du 25/04/2023

Date de l'échéance 26/04/2023

KINANI Ouafa
7 IMP DU PETIT RUPEMBERT
62126 WIMILLE
FRANCE

Prescripteur : CANVA-DELCAMBRE VALERIE
N° AM : 590811279
N° RPPS : 10002244241
Opérateur: CONSTANCE P

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
ZOLEDRONIQUE ACIDE 5MG/100ML VTS 1 3400927610394 N° Ordonnancier : 121747	PH7	0	1	126,964	2,10%	126,96
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
PERFADOM 6-IS INSTAL/SUIVI GRAVITE (Location du 25/04/2023 au 25/04/2023)	MAD	0	1	38,158	20,00%	38,16
PERFADOM17-C-GRAV<15/28J FORFAIT/PERF CONSOM-ACCES (Location du 25/04/2023 au 25/04/2023)	MAD	0	1	9,000	20,00%	9,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
128,46	2,1% (4)	2,70	131,16
47,16	20% (6)	9,43	56,59
Total HT		Total TVA	Total TTC
175,62		12,13	187,75

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	187,75

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (CB)	187,75

Reste dû	0,00
----------	------

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

GRANDE PHARMACIE
DE PARIS
Constance POYER
Docteur en Pharmacie
73, rue Thiers - 62200 BOULOGNE
622 033 447

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1 - code 6: taux 20.0

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

Dr Isabelle LEGROUX

Rhumatologie

N° RPPS :



10002289360

N° FINESS :



590796975

tion de la structure
établissement n° AM, FINESS ou SIRET)

Identification du patient
(e) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) (à compléter par le prescripteur)

immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

le 2/4/2023.
pr. Nivari Guafaa

Vuider les os UE 3 ampoules espacées de 15 j d'intervalle puis
Zymar 150 os 1/1/2023

ph. San.

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

GRANDE PHARMACIE
DE PARIS
Constance POYER
Docteur en Pharmacie
73, rue Thiers - 62200 BOULOGNE
622 033 447

SELAS GRANDE PHARMACIE DE PARIS
 au capital social de 16000 euros
 Constance POYER
 73 Adolphe Thiers
 62200 BOULOGNE-SUR-MER
 FRANCE
 Tel: 0321314437
 N° SIRET : 44807724800020 - N° SIREN : 448077248
 TVA Intracommunautaire : FR00448077248
 RCS : 448.077.248 - Ville de greffe : BOULOGNE SUR MER
 Code NAF/APE: 4773Z

FACTURE

N°2434/783585

Du 27/04/2023

Date de l'échéance 28/04/2023

KINANI Ouafa
 7 IMP DU PETIT RUPEMBERT
 62126 WIMILLE
 FRANCE

Prescripteur : MEDECIN FICTIF Fictif
 N° AM : 621999937
 Opérateur: _ C

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
CHOLECALCIFEROL 100 000UI ZTV AMP1 3400930153819 N° Ordonnancier : 122002	PH7	0	3	1,087	2,10%	3,26
Honor. dispens. HD7	HD7	0	3	0,999	2,10%	3,00
ZYMAD 50 000UI AMP BUV 2ML 1 3400930087299 N° Ordonnancier : 122003	PH7	0	4	1,214	2,10%	4,86
Honor. dispens. HD7	HD7	0	4	0,999	2,10%	4,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
15,61	2,1% (4)	0,33	15,94
Total HT		Total TVA	Total TTC
15,61		0,33	15,94

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	15,94

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (Espèces)	15,94

Reste dû	0,00
----------	------

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

GRANDE PHARMACIE
 DE PARIS
 Constance POYER
 Docteur en Pharmacie
 73, rue Thiers - 62200 BOULOGNE
 622 033 447

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1