

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-808631

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7342 Société : Ram
 Actif Pensionné(e) Autre : Choukri MASSAN
 Nom & Prénom : Choukri MASSAN
 Date de naissance : 27/02/1968
 Adresse : TAZRI TIZOUANE
 Tél. : 0661 328052 Total des frais engagés : 287,59 €

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/03/2023
 Nom et prénom du malade : Choukri MASSAN Age : _____
 Lui-même Conjoint Enfan
 Lien de parenté : STENDOSE Nature de la maladie : CAZOGNE

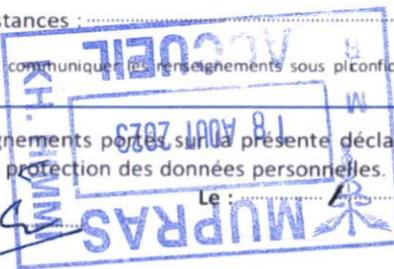
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attéde la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Paris Le : 06/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : Jay S



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
06.03.23	Consultation			Professeur Jean-Marc ALSAC INP Département de Chirurgie Cardio-Vasculaire Hôpital Européen Georges Pompidou 20-40 rue Leblanc - 75908 Paris Cedex 15 Secrétariat - Tel: 01 56 09 36 31 RPPS 10001635563 - N° FINESS 75020347

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

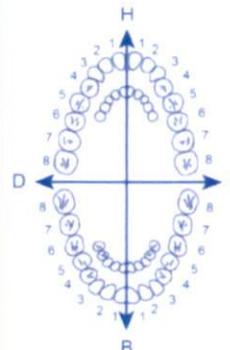
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Professeur Jean-Marc ALSAC... R.P.H. Département de Chirurgie Cardio-vasculaire Hôpital Européen Georges Pompidou 20-40 rue Leblanc - 75908 Paris Cedex 15 Secrétariat - Tel: 01 56 09 36 31 RPPS 10001635563 - N° FINESS 75020347		Biologie ECOGRAPHIE	45,51 € 242,08 €

AUXILIAIRES MEDICAUX

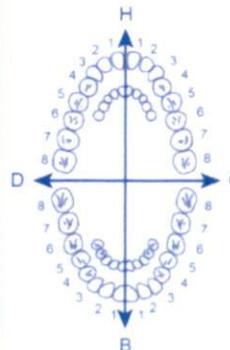
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DÉBUT D'EXÉCUTION

FIN D'EXÉCUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉ

FACTURE

SOINS EXTERNES**Références à rappeler :**

NIP / IPP : 8012910849 Compte client : 18463403
 Référence : 5347998931 N° de dossier : 235583406
 Utilisateur : 3128531

NIP :

**Nom et prénom du patient :**

CHOUKI HASSAN

**Pour nous contacter :**

HEGP
 TRAITEMENTS EXTERNES
 20-40 RUE LEBLANC
 75908 PARIS CEDEX 15

CHOUKI HASSAN
 7RUE EL MORTADA ETGE 3APTT
 CASABLANCA
 MAROC

Avez-vous déclaré un médecin traitant ?

OUI NON

Nom : _____
 Prénom : _____

**Grâce au paiement de votre facture,
 l'accès de tous au service public
 hospitalier est assuré.**

Le 30.06.2023

Madame, Monsieur,

Vous avez reçu des soins, dont le détail figure au verso de ce document.

Si vous nous transmettez, **avant le 30.03.2023**, les documents justifiant de votre prise en charge par l'assurance maladie ou par une assurance complémentaire (voir liste au verso de ce document), vous pourrez être dispensé de faire l'avance de tout ou partie des frais correspondant à ces soins.

Sinon vous devez nous régler la somme de **242,08 euros avant le 30.03.2023**.

€
**PAYER EN
 LIGNE**

*** Par carte bancaire sur le site internet sécurisé <https://paiement-en-ligne.aphp.fr>**

Ce site de paiement en ligne est sécurisé et accessible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24
 Vos identifiants de connexion sont :

Compte client : **18463403**

Référence : **5347998931**

*** Par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public et adressé par voie postale à l'adresse encadrée en en-tête de cette facture***** Par carte bancaire au guichet de la caisse de n'importe quel hôpital de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris***** A défaut d'autre possibilité, en espèces (billets et pièces en euros) si le montant de votre facture est inférieur à 300 €. Vous pouvez vous présenter auprès de la caisse de n'importe quel hôpital de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris**

PAYÉ

Merci de joindre la présente facture pour tout paiement en caisse ou par courrier.**Une quittance vous sera remise à l'issue de votre paiement pour le justifier.**

Hôpital Européen Georges Pompidou
 20, rue Leblanc - 75908 PARIS Cedex 15
 N° Finess : 75 0 80344 7
 Sce Frais de Séjour
 Patients non résidents



Détail des soins reçus :

Code Spéc Tarif DMT / MT	Orig. Pr.	Désignation	Majo	Date	Quantité Coefficient Durée	Tarif unitaire	Marge	Montant à 100%	Taux à votre charge	Dépassement	Montant total TTC à votre charge	Taux TVA
47		ADE - ACTES D'ECHOGRAPHIE		06/03/23	1,00	76,59		76,59	100,00			76,59
47		CNR - NON RESIDENT CONS TYPE 5		06/03/23	1,00	69,00		69,00	100,00			69,00
06		ADE - ACTES D'ECHOGRAPHIE		06/03/23	1,00	96,49		96,49	100,00			96,49
Montant total TTC à votre charge											242,08 €	

N : nuit ou enfant de moins de 13 ans ; F : Férié ou dimanche ; U : Urgence ;
 P : Urgence pédiatrie ; Z, B, C, D : Majorations de radiographies

Justificatifs à fournir à l'hôpital, dont l'adresse figure au recto (encadré), pour être dispensé du paiement d'une partie de ces frais :

- * Photocopie de l'attestation papier de la carte vitale,
- * Photocopie de la carte ou de l'attestation papier de l'Aide Médicale d'Etat (AME) valable à la date des soins,
- * Photocopie recto-verso de votre carte mutuelle,
- * Attestation CMUC,
- * Photocopie de la feuille de suivi de maternité,
- * Tout autre document attestant d'une prise en charge spécifique (original du volet accident du travail, invalidité...).

FACTURE

SOINS EXTERNES**Références à rappeler :**

NIP / IPP : 8012910849 Compte client : 18463403
 Référence : 5347998930 N° de dossier : 235583406
 Utilisateur : 3128531

NIP :

**Nom et prénom du patient :**

CHOUKI HASSAN

**Pour nous contacter :**

HEGP
 TRAITEMENTS EXTERNES
 20-40 RUE LEBLANC
 75908 PARIS CEDEX 15

CHOUKI HASSAN
 7TRUE EL MORTADA ETGE 3APTT
 CASABLANCA
 MAROC

Avez-vous déclaré un médecin traitant ?

OUI NON

Nom : _____**Prénom :** _____

**Grâce au paiement de votre facture,
 l'accès de tous au service public
 hospitalier est assuré.**

Le 30.06.2023

Madame, Monsieur,

Vous avez reçu des soins, dont le détail figure au verso de ce document.

Si vous nous transmettez, **avant le 30.03.2023**, les documents justifiant de votre prise en charge par l'assurance maladie ou par une assurance complémentaire (voir liste au verso de ce document), vous pourrez être dispensé de faire l'avance de tout ou partie des frais correspondant à ces soins.

Sinon vous devez nous régler la somme de **45,51 euros avant le 30.03.2023**.

Comment payer cette facture ?

* **Par carte bancaire sur le site internet sécurisé <https://paiement-en-ligne.aphp.fr>**

Ce site de paiement en ligne est sécurisé et accessible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24
 Vos identifiants de connexion sont :

Compte client : **18463403**

Référence : **5347998930**



**PAYER EN
 LIGNE**



* **Par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public et adressé par voie postale à l'adresse encadrée en en-tête de cette facture**

* **Par carte bancaire au guichet de la caisse de n'importe quel hôpital de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris**

* **A défaut d'autre possibilité, en espèces (billets et pièces en euros) si le montant de votre facture est inférieur à 300 €.** Vous pouvez vous présenter auprès de la caisse de n'importe quel hôpital de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris



Merci de joindre la présente facture pour tout paiement en caisse ou par courrier.

Une quittance vous sera remise à l'issue de votre paiement pour le justifier.

Hôpital Européen Georges Pompidou
 20, rue Leblanc - 75908 PARIS Cedex 15
 N° Finess : 75 0 80344 7
 Sce Frais de Séjour
 Patients non résidents



Détail des soins reçus :

Code Spéc Tarif DMT / MT	Orig. Pr.	Désignation	Majo	Date	Quantité Coefficient Durée	Tarif unitaire	Marge	Montant à 100%	Taux à votre charge	Dépassement	Montant total TTC à votre charge	Taux TVA
39		B - BIOLOGIE		20/02/23	6,00	0,26		1,56	100,00			1,56
39		B - BIOLOGIE		20/02/23	20,00	0,26		5,20	100,00			5,20
39		B - BIOLOGIE		20/02/23	5,00	0,26		1,30	100,00			1,30
39		B - BIOLOGIE		20/02/23	17,00	0,26		4,42	100,00			4,42
39		B - BIOLOGIE		20/02/23	16,00	0,26		4,16	100,00			4,16
39		B - BIOLOGIE		20/02/23	16,00	0,26		4,16	100,00			4,16
39		B - BIOLOGIE		20/02/23	22,00	0,26		5,72	100,00			5,72
02		ATM - ACTES TECHNIQUES MEDICAUX		20/02/23	1,00	14,26		14,26	100,00			14,26
24		AMI - ACTES INFIRMIERS		20/02/23	1,50	3,15		4,73	100,00			4,73
Montant total TTC à votre charge											45,51 €	

N : nuit ou enfant de moins de 13 ans ; F : Férié ou dimanche ; U : Urgence ;
 P : Urgence pédiatrie ; Z, B, C, D : Majorations de radiographies

Justificatifs à fournir à l'hôpital, dont l'adresse figure au recto (encadré), pour être dispensé du paiement d'une partie de ces frais :

- * Photocopie de l'attestation papier de la carte vitale,
- * Photocopie de la carte ou de l'attestation papier de l'Aide Médicale d'Etat (AME) valable à la date des soins,
- * Photocopie recto-verso de votre carte mutuelle,
- * Attestation CMUC,
- * Photocopie de la feuille de suivi de maternité,
- * Tout autre document attestant d'une prise en charge spécifique (original du volet accident du travail, invalidité...).

Identification du prescripteur N° Finess 750803447
HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU
20 rue Leblanc
75908 PARIS Cedex 15

FEDERATION DE CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
Pr. P.VOUHE – Pr. P. ACHOUH – Pr. P. JULIA
Accueil Hospitalisation : 01.56.09.37.03
Accueil Consultation : 01.56.09.22.54
Accueil Hôpital de Jour : 01.56.09.36.17

cerfa

N°60-3937

Etiquette du patient

Monsieur CHOUKI HASSAN
55 ans
8012910849

Ordonnance de ville

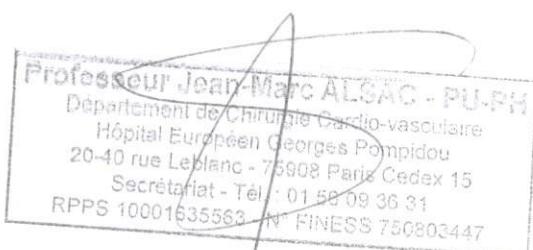
Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

Faire pratiquer une échographie cardiaque

A noter : Veuillez remettre le compte rendu de l'examen au patient.

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

Le : 06 mars 2023
Pr Jean Marc ALSAC



Identification du prescripteur N° Finess 750803447

HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU

20 rue Leblanc

75908 PARIS Cedex 15

FEDERATION DE CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE

Pr. P. VOUHE – Pr. P. ACHOUH – Pr. P. JULIA

Accueil Hospitalisation : 01.56.09.37.03

Accueil Consultation : 01.56.09.22.54

Accueil Hôpital de Jour : 01.56.09.36.17

cerfa

N°60-3937

Etiquette du patient

Monsieur CHOUKI HASSAN

55 ans

8012910849

Ordonnance de ville

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

Faire pratiquer un écho doppler de contrôle dans

- de l'artère fémorale et TSA

A noter : Veuillez remettre le compte rendu de l'examen au patient.

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

Le : 06 mars 2023
Pr Jean Marc ALSAC



QUITTANCE**Nos références**

Compte : 18463403 NIP : 8012910849
 Réf. : 5347998931 N° d'entrée : 235583406

Hôpital

HEGP
 20-40 RUE LEBLANC
 75908 PARIS CEDEX 15

FINESS : 750803447

Poste : APHP-Paiement en ligne
 Service : Traitements externes
 Tel du service :
 Permanence téléphonique : Ouvertures des caisses du au
 de à

CHOUKI HASSAN
 6 RUE EL MORTADA ETGE 5 APTT
 CASABLANCA
 MAROC

NIP

Patient	Date de paiement	18.05.2023
CHOUKI HASSAN 6 RUE EL MORTADA ETGE 5 APTT 99350 CASABLANCA	Total montant dû	242,08 €
	Dont TVA	0,00 €
	Total déjà acquitté	0,00 €
	Montant payé	242,08 €
	Montant annulé	0,00 €
	Restant dû	0,00 €

Code Spéc Tarif DMT / MT	Orig. Pr.	Désignation	Majo	Date	Quantité Coefficient Durée	Tarif unitaire	Marge	Montant à 100%	Taux à votre charge	Dépassement	Montant total TTC à votre charge	Taux TVA
47		ADE - ACTES D'ECHOGRAPHIE		06/03/23	1,00	76,59		76,59	100,00		76,59	
47		CNR - NON RESIDENT CONS TYPE 5		06/03/23	1,00	69,00		69,00	100,00		69,00	
06		ADE - ACTES D'ECHOGRAPHIE		06/03/23	1,00	96,49		96,49	100,00		96,49	

N : nuit ou enfant de moins de 13 ans ; F : Férié ou dimanche ; U : Urgence ;

P : Urgence pédiatrique ; Z, B, C, D : Majorations de radiographies

Si vous bénéficiez de la Sécurité sociale en France, le tiers-payant est applicable. Vous devez transmettre votre attestation de droits au service dont les coordonnées figurent en haut à gauche du recto de la présente quittance. Votre attestation de droits est disponible sur le site AMELI.

Mode de règlement

Carte Bancaire : 242.08 euros

Identification du prescripteur N° Finess 750803447
HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU
20 rue Leblanc
75908 PARIS Cedex 15

FEDERATION DE CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
Pr. P.VOUHE – Pr. P. ACHOUH – Pr. P. JULIA
Accueil Hospitalisation : 01.56.09.37.03
Accueil Consultation : 01.56.09.22.54
Accueil Hôpital de Jour : 01.56.09.36.17

cerfa

N°60-3937

Etiquette du patient

Monsieur CHOUKI HASSAN
55 ans
8012910849

Ordonnance de ville

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

Faire pratiquer un bilan sanguin
NFS, INR, CRP

A noter : Veuillez remettre le compte rendu de l'examen au patient.

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

Le : 06 mars 2023
Pr Jean Marc ALSAC



Service de BIOCHIMIE - Pr M.A. LORIOT - Tel. 01 56 09 39 06

Service d'HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE - Pr P. GAUSSEM - Tel. 01 56 09 24 98

Service d'IMMUNOLOGIE BIOLOGIQUE - Pr E. TARTOUR - Tel. 01 56 09 22 55

Service de MICROBIOLOGIE - Pr J.L. MAINARDI - Tel. 01 56 09 39 51

Département de PHYSIOLOGIE et RADIO-ISOTOPES - Pr P. HOUILLIER - Tel. 01 56 09 23 34

Service de PHARMACOLOGIE - TOXICOLOGIE - Dr E. BILLAUD - Tel 01 56 09 39 64

HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU - 270:CS CARDIO, CHIR CV
 NIP :8012910849 (M - 55 ans - 27/02/1968)
Mr CHOUKI HASSAN

NDA :750605279

Résultats de biologie du 06/03/2023 00:00 au 06/03/2023 23:59

Date et heure de prélèvement : 06/03/2023 12:00
Référence labo : 2312971468

Valeurs usuelles**BIOCHIMIE GENERALE****SANG****Méthode**

	AU5800-Beckman Coulter	
Sodium (1)	138 mmol/L	136-145
Potassium (1)	4,3 mmol/L	3,4-4,5
Chlorures (1)	105 mmol/L	98-107
CO2 Total (1)	25 mmol/L	21-31
Protéines (1)	76 g/L	66-83
Créatinine (méthode enzymatique) (1)	100 µmol/L	64-104
DFG estimé (MDRD) (1)	67 mL/min/1.73m²	>60
DFG estimé (CKD-EPI) (1)	73 mL/min/1.73m²	>60
Trou anionique (2)	12	10-20

MARQUEURS CARDIAQUES (SANG)**Méthode**

	Dxl800-Chimiluminescence (Beckman Coulter)	
Peptide natriurétique Type B (2)	563 ng/L	H <100

PROTEINES (SANG)**Méthode**

	AU5800-Immunoturbidimétrie (Beckman Coulter)	
Protéine C-reactive (1)	25,4 mg/L	H <5

Date et heure de prélèvement : 06/03/2023 12:00
Référence labo : 2322971468

HEMATOLOGIE/CYTOLOGIE**NUMERATION (SANG)****Méthode**

	Sysmex XN 9000	
Leucocytes (3)	10,7 G/L	H 4-10
Hématies (3)	3,98 T/L	L 4,5-6,5
Hémoglobine (3)	12,5 g/100ml	L 13-17
Hématocrite (3)	38,7 %	L 40-54
Volume Globulaire Moyen (3)	97 fL	83-98
Teneur Globulaire Moyenne (3)	31,4 pg	27-32
Concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine (3)	32,3 %	32-36

PLAQUETTES**Plaquettes (3)**

Volume Plaquettaire Moyen (3)	290 G/L	150-450

11 fL

7-12

HEMATOLOGIE-HEMOSTASE**Nature du prélèvement**

Sang

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET TRAITEMENTS**Antivitamine K**

Warfarine (COUMADINE)

Posologie

.7mg/j

ETUDE DE LA COAGULATION : TESTS DE BASE (SANG)**TAUX DE PROTHROMBINE****Méthode**

	Néoplastine NeoOPTimal Stago	
TP (4)	54 %	L >65
INR (4)	1,5	H <1,40
TQ malade (4)	20,9 s	
TQ témoin	14,1 s	

QUITTANCE**Nos références**

Compte : 18463403 NIP : 8012910849
 Réf. : 5347998930 Nº d'entrée : 235583406

Hôpital

HEGP
 20-40 RUE LEBLANC
 75908 PARIS CEDEX 15

FINESS : 750803447

Poste : APHP-Paiement en ligne
 Service : Traitements externes
 Tel du service :
 Permanence téléphonique : Ouvertures des caisses du au
 de à

CHOUKI HASSAN
 6 RUE EL MORTADA ETGE 5 APTT
 CASABLANCA
 MAROC

NIP

Patient	Date de paiement	: 18.05.2023
CHOUKI HASSAN 6 RUE EL MORTADA ETGE 5 APTT 99350 CASABLANCA	Total montant dû	: 45,51 €
	Dont TVA	: 0,00 €
	Total déjà acquitté	: 0,00 €
	Montant payé	: 45,51 €
	Montant annulé	: 0,00 €
	Restant dû	: 0,00 €

Code Spéc Tarif DMT / MT	Orig. Pr.	Désignation	Majo	Date	Quantité Coefficient Durée	Tarif unitaire	Marge	Montant à 100%	Taux à votre charge	Dépassement	Montant total TTC à votre charge	Taux TVA
39		B - BIOLOGIE		20/02/23	6,00	0,26		1,56	100,00			1,56
39		B - BIOLOGIE		20/02/23	20,00	0,26		5,20	100,00			5,20
39		B - BIOLOGIE		20/02/23	5,00	0,26		1,30	100,00			1,30
39		B - BIOLOGIE		20/02/23	17,00	0,26		4,42	100,00			4,42
39		B - BIOLOGIE		20/02/23	16,00	0,26		4,16	100,00			4,16
39		B - BIOLOGIE		20/02/23	16,00	0,26		4,16	100,00			4,16
39		B - BIOLOGIE		20/02/23	22,00	0,26		5,72	100,00			5,72
02		ATM - ACTES TECHNIQUES MEDICAUX		20/02/23	1,00	14,26		14,26	100,00			14,26
24		AMI - ACTES INFIRMIERS		20/02/23	1,50	3,15		4,73	100,00			4,73

N : nuit ou enfant de moins de 13 ans ; F : Férié ou dimanche ; U : Urgence ;

P : Urgence pédiatrique ; Z, B, C, D : Majorations de radiographies

Si vous bénéficiez de la Sécurité sociale en France, le tiers-payant est applicable. Vous devez transmettre votre attestation de droits au service dont les coordonnées figurent en haut à gauche du recto de la présente quittance. Votre attestation de droits est disponible sur le site AMELI.

Mode de règlement

Carte Bancaire : 45,51 euros