

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.

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

N° W21-813823

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	SOS3	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	OUAZZANI CHAHID DSS
Nom & Prénom : OUAZZANI CHAHID DSS			
Date de naissance :	26/08/1964		
Adresse :	5 lot Saïoune Bd Abdelhadi Boutaleb - Casablanca		
Tél. :	0661065414	Total des frais engagés	966,94 Euros Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Dr RUIZ Jean Charles	ACCA-Médecine Interne
Cachet du médecin :	54 rue Daguerre - 75014 Paris	N° AM
	N° RPPS	100032123
		751459579
Date de consultation :	14/12/2023	
Nom et prénom du malade :	Kenza Joundy OUAZZANI Age: 58	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> conjoint
Nature de la maladie :	Ostéoporose	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	9000 12107	
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 : 13/12/23
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
14/12/2013	CS		150,00 €	DR RUIZ Jean-Charles INR : 11 ACCA : Médecine Interne 54 rue Daguerre - 75014 Paris N° RPPS N° AM
				 1000031784
				 751459579

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CHF BOULARD 37 rue boulevard 75014 PARIS	15/12/03		176,96 €
Tél. : 01 44 12 59 30			
Fax : 01 44 12 59 99			

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.																
<p>SOINS DENTAIRES</p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
FIN - D'EXECUTION <input type="text"/>																
<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433562</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433562	D	00000000	00000000	B			35533411	00000000	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433562													
	D	00000000	00000000													
	B															
	35533411	00000000	11433553													
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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															

Résultat d'examen biologique de **ME JOUNDY OUAZZANI KENZA**

Né(e) JOUNDY OUAZZANI le 04/09/1965 (58 Ans)

Prescrit par docteur Dr RUIZ JEAN-CHARLES - N°ADELI 751459579

Dossier : **15/12/23-BO-0327**

*25-hydroxy-vitamine D (D2+D3)
Chimiluminescence (CMIA) - ARCHITECT - Abbott

90 nmol/L
36 ng/mL

Carence Vitaminique D

nmol/L ng/mL
<25 <10

Insuffisance vitaminique D

25 - 75 10 - 30

Taux recommandés

75 - 175 30 - 70

Possible intoxication vitaminique D

>375 >150

Les informations recueillies dans ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par Hexalis pour assurer le bon traitement des résultats. Les données collectées ne seront pas communiquées et sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exploitation de ce compte-rendu. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'information sur vos droits. Pour exercer ces droits ou toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter Hexalis. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Liberté » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Laboratoire Eurofins CEF BOULARD, 37 Rue Boulard 75014 PARIS - SELAS au capital de 494.769 euros - 502807167 RCS Paris- Agrément DDASS N°77-75
Tél.: 01 44 12 59 30 - Fax : 01 44 12 59 99 - E-mail : [Site Web :](mailto:)

OUVERT DU LUNDI AU VENDREDI DE 7H00 À 18H30 - LE SAMEDI DE 7H30 À 14H - A PROXIMITÉ DE LA STATION D'ENFERT ROCHEREAU MÉTRO 4, 6 ET RER B

Page 4/4

Dr LABAKY Mickelina

Résultat d'examen biologique de **ME JOUNDY OUAZZANI KENZA**

Né(e) JOUNDY OUAZZANI le 04/09/1965 (58 Ans)

Prescrit par docteur Dr RUIZ JEAN-CHARLES - N°ADELI 751459579

Dossier : **15/12/23-BO-0327**

Estimation du DFG selon CKD-EPI

89

mL/min

La formule CKD-EPI doit être préférée pour le dépistage de l'Insuffisance Rénale Chronique .

Limites : enfants, grossesse, âge avancé, origine ethnique

Interprétation selon contexte clinique:

- $\geq 90 \text{ mL/min}/1.73\text{m}^2$: DFG normal
- entre 60 et $89 \text{ mL/min}/1.73\text{m}^2$: DFG légèrement diminué
- entre 30 et $59 \text{ mL/min}/1.73\text{m}^2$: insuffisance rénale modérée
- entre 15 et $29 \text{ mL/min}/1.73\text{m}^2$: insuffisance rénale sévère

*PAL - Phosphatases alcalines

Colorimétrie cinétique - ARCHITECT - Abbott

107

U/L

46 - 122

*Calcium

Colorimétrie photométrique - ARCHITECT - Abbott

2,45

mmol/L
mg/L

2,15 - 2,50

86 - 100

*Phosphore

Colorimétrie photométrique UV - ARCHITECT - Abbott

1,27

mmol/L
mg/L

0,81 - 1,45

25 - 45

*Magnésium

Enzymatique - ARCHITECT - Abbott

0,82

mmol/L
mg/L

0,66 - 1,07

16 - 26

*Créatinine - urines à jeun

Enzymatique - ARCHITECT - Abbott

3,9

mmol/L
mg/L

Réalisé en hyperdiurèse selon NORDIN

*Calcium - urines à jeun

Colorimétrie photométrique - ARCHITECT - Abbott

1,57

mmol/L
mg/L

Réalisé en hyperdiurèse selon NORDIN

Rapport calcium/créatinine à jeun

Calcul

0,40

mmol/mmol
mg/mg

< 0,37

< 0,13

*Phosphore - urines à jeun

Colorimétrie photométrique - ARCHITECT - Abbott

8,2

mmol/L
mg/L

Réalisé en hyperdiurèse selon NORDIN

Calcul TMPO4/DFG

1,22

mmol

0,78 - 1,50

Dr LABAKY Mickelina

Les informations recueillies dans ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par Hexalis pour assurer le bon traitement des résultats. Les données collectées ne seront pas communiquées et sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exploitation de ce compte-rendu. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'information sur vos droits. Pour exercer ces droits ou toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter Hexalis. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Liberté » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Laboratoire Eurofins CEF BOULARD, 37 Rue Boulard 75014 PARIS - SELAS au capital de 494.769 euros - 502807167 RCS Paris- Agrément DDASS N°77-75
Tél.: 01 44 12 59 30 - Fax : 01 44 12 59 99 - E-mail :

- Site Web :

Ouvert du lundi au vendredi de 7h00 à 18h30 - le samedi de 7h30 à 14h - A proximité de la station Denfert Rochereau métro 4, 6 et RER B

Page 2/4

Résultat d'examen biologique de ME JOUNDY OUAZZANI KENZA

Né(e) JOUNDY OUAZZANI le 04/09/1965 (58 Ans)

Dossier : 15/12/23-BO-0327

Prescrit par docteur Dr RUIZ JEAN-CHARLES - N°ADELI 751459579

Valeurs de référence

Antériorités

*Calcium ionisé Potentiométrie - Abl90 - Radiometer	1,24 50	mmol/L mg/L	1,12 - 1,28 45 - 51
--	------------	----------------	------------------------

Normes établies sur plasma hépariné avec gel séparateur.

*pH veineux Potentiométrie - Abl90 - Radiometer	7,40		7,29 - 7,50
--	------	--	-------------

A titre indicatif, l'intervalle moyen de la population patient du CEF est : 7,37 - 7,45.

*PTH intacte Electrochimiluminescence "ECLIA" par sandwich - e411 - Roche	41 4,35	pg/mL pmol/L	15 - 65 1,59 - 6,89
--	------------	-----------------	------------------------

Pour une population de 240 sujets normaux (120 hommes, 120 femmes) ayant un taux sérique de 25-OH-Vitamine D > 30 ng/mL et un DFG (formule MDRD) estimé > 60 mL/min/1,73m², des valeurs de référence sont établies avec un intervalle de confiance de 95% à 10 - 47 ng/L (1,06 - 4,98 pmol/L).

D'après Nephrol Dial Transplant (2012) 27:1950-1956

*CTX - Cross Laps Electrochimiluminescence "ECLIA" par sandwich - e411 - Roche	0,89	ng/mL
---	------	-------

Valeurs de référence:

Femme préménopausée : 0,16 - 0,44 ng/mL

Femme postménopausée : 0,33 - 0,78 ng/mL

*TP1NP - Propeptide N-Terminal du procollagène de type 1 total Electrochimiluminescence "ECLIA" par sandwich - e411 - Roche	89	µg/L
--	----	------

Valeurs de référence (5ème et 95ème percentiles):

Femme préménopausée : 15 - 59 µg/L

Femme postménopausée :

- sous THS 14 - 59 µg/L

- sans THS 20 - 76 µg/L

*Ostéocalcine Electrochimiluminescence "ECLIA" par sandwich - e411 - Roche	32	ng/mL
---	----	-------

Valeurs de référence (5ème et 95ème percentiles):

Femme préménopausée (>20 ans) : 11 - 43 ng/mL (remodelage osseux normal)

Femme postménopausée sans THS : 15 - 46 ng/mL (remodelage osseux normal)

Patiente ostéoporotique : 13 - 48 ng/mL

Valeurs de référence

Antériorités

Dr LABAKY Mickelina
Biogiste médical

Les informations recueillies dans ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par Hexalis pour assurer le bon traitement des résultats. Les données collectées ne seront pas communiquées et sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exploitation de ce compte-rendu. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'information sur vos droits. Pour exercer ces droits ou toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter Hexalis. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Liberté » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Laboratoire CEF BOULARD
Centre d'Explorations Fonctionnelles

Dossier : **15/12/23-BO-0327** Référence externe :

Mme JOUNDY OUAZZANI KENZA

Prélevé(e) le 15/12/23 à 09H40

Éditée le vendredi 15 décembre 2023 à 15:30

Examen biologique de :

ME JOUNDY OUAZZANI KENZA (F)

1er Prénom : Kenza Liste : Kenza

Né(e) **JOUNDY OUAZZANI le 04/09/1965 (58 Ans)**

Prescrit par: Dr RUIZ JEAN-CHARLES

Copie à: Dr RUIZ JEAN-CHARLES

Accréditation n° 8-3182

Liste des sites accrédités et portées disponibles sur www.cofrac.fr

Seules les analyses identifiées par le symbole * sont effectuées sous le couvert de l'accréditation.

Valeurs de référence

Antériorités

Aspect du sérum : Limpide

*Créatinine Enzymatique - ARCHITECT - Abbott	66 7,5	µmol/L mg/L	49 - 90 5,5 - 10,2
--	-----------	----------------	-----------------------

Estimation du DFG selon la formule MDRD 80 mL/min

La formule MDRD surestime le DFG pour les personnes dont l'IMC est <18.5 et le sous estime pour les femmes de moins de 65 ans.

Cette formule prend en compte l'âge et le sexe du patient.

INS Nais. : 99999

Matricule INS : ()

OID INS :

Les informations recueillies dans ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par Hexalis pour assurer le bon traitement des résultats. Les données collectées ne seront pas communiquées et sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exploitation de ce compte-rendu. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'information sur vos droits. Pour exercer ces droits ou toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter Hexalis. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Liberté » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Laboratoire Eurofins CEF BOULARD, 37 Rue Boulard 75014 PARIS - SELAS au capital de 494.769 euros - 502807167 RCS Paris- Agrément DDASS N°77-75

Tél.: 01 44 12 59 30 - Fax : 01 44 12 59 99 - E-mail :

Ouvert du lundi au vendredi de 7h00 à 18h30 - le samedi de 7h30 à 14h - A proximité de la station Denfert Rochereau métro 4, 6 et RER B

Page 1/4

Dr LABAKY Mickelina

Laboratoire **CEF BOULARD**
37 Rue Boulard
75014 PARIS
TEL: 01 44 12 59 30

REFERENCES A RAPPELER
Dossier n° **15/12/23-BO-0327**
Facture n° **312150327**
Date de facture **15/12/23**

PARIS, le Vendredi 15 Décembre 2023

Mme JOUNDY OUAZZANI KENZA

Madame, Monsieur,

Nous vous prions de bien vouloir nous régler, à réception de la présente, le montant de nos honoraires pour les examens de laboratoire énumérés sur la page suivante.
Dès réception de votre règlement et du volet détachable, nous vous adresserons une feuille de maladie et/ou un reçu en vue du remboursement de ces actes.

Le défaut de paiement de nos factures entraînera la perception d'une pénalité forfaitaire de 11 euros sur le montant des sommes dues à titre de dommages et intérêts et de clause pénale.

NOTE D'HONORAIRES

Concernant les examens effectués à la demande de
pour ME JOUNDY OUAZZANI KENZA

Détail de nos Honoraires

Prélèvement	:	6.08
Déplacement	:	
Actes remboursés	:	80.86
Actes transmis	:	
Actes non remboursés	:	30.00
TOTAL DOSSIER	:	116.94
Réglé par un tiers	:	
Déjà réglé	:	116.94
Reste dû	:	0.00 Euros

CEF - BOULARD
37 rue Boulard
75014 PARIS
Tél. : 01 44 12 59 30
Fax : 01 44 12 59 99

PAIEMENT CERTIFIÉ

Les examens cotés HN ne sont pas remboursés par les caisses d'assurance maladie, ils restent à votre charge.

Coupon à découper et joindre à votre règlement

Dossier n° **15/12/23-BO-0327**

312150327

Nom

ME JOUNDY OUAZZANI KENZA

Montant

0.00 Euros

(Chèque à l'ordre de CEF

Pour ne pas retarder l'envoi de votre feuille de maladie merci de libeller votre
chèque à l'ordre de CEF et de l'adresser à :

LABM EUROFINS CEF

37 Rue Boulard
75014 PARIS

LABM EUROFINS CEF - 37 Rue Boulard - 75014 PARIS - Tél. : 01 44 12 59 30 - Fax : 01 44 12 59 99

SELAS au capital de 494 769 euros - 502 807 167 RCS Paris - Agrément DDASS n°77-75

NOTE D'HONORAIRES (suite)

EXAMENS	ACTE	COTATION	MONTANT
OSTEOCALCINE	1138	B 85	22.10
DESOXYPYRIDINOLINE ET PEPTIDES	7310	B 69	17.94
PARATHORMONE INTACTE (PTH)	0983	B 58	15.08
DOSAGE DE LA 25-(OH)-VITAMINE	1139	B 30	7.80
FORFAIT DE PRISE EN CHARGE PRE	9005	B 17	4.42
SANG : CREATININE	0592	B 6	1.56
SANG : MAGNESEIUM PLASMATIQUE O	0584	B 6	1.56
SANG : PHOSPHORE MINERAL (PHOS)	0563	B 6	1.56
UR. : CALCIUM (CALCIURIE)	0624	B 6	1.56
UR. : CREATININE (CREATININURI	0627	B 6	1.56
UR. : PHOSPHORE MINERAL(PHOSPH	0629	B 6	1.56
SANG : CALCIUM (CALCEMIE , CA)	0578	B 6	1.56
PHOSPHATASES ALCALINES (PH. AL	0514	B 5	1.30
FORFAIT DE SECURITE POUR ECHAN	9105	B 5	1.30
Calcium ionisé	HN_E_0	HN 1	27.00
pH veineux	HN_E_0	HN 1	3.00
Prélèvement	9050	AMI 1.50	4.73
Prélèvement	MAU_IN	MAU 1	1.35

FEUILLE D'HONORAIRES D'ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

Joindre à cette feuille la prescription des actes

N° de facture

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) ET LE MALADE (1)

15/12/23-BO-0327

Numéro d'immatriculation

Nom – Prénom
(suivi, s'il y a lieu,
du nom d'usage)
ADRESSEJOUNDY OUAZZANI
KENZA

CODE ORGANISME AFFILIATION

Nom et Adresse
de l'organisme
de paiement

Ne remplir qu'en cas d'accord entre mutuelle et régimes obligatoires

S'agit-il d'un accident
causé par un tiers ? OUI Date NONSi le malade est PENSIONNE DE GUERRE et si les soins
concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

X

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM

Prénom

Date de naissance

CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse
de l'organisme
complémentaire

PARTIE PROFESSIONNELLE AU LABORATOIRE

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

ACTES RESERVES

(du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)

LBM SELAS CEF SITE BOULARD

30 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
37 RUE BOULARD
SELAS

CONVENTIONNE

75014 PARIS

=> 75 3 78461 0 001110 30

CAB. CONV. Z.I.S.D IK SPEC

PRESCRIPTEUR : NOM et N°

Nom et qualité de l'assuré et n° de prélevement 751459579

MALADIE MATERNITE ACCIDENT DU TRAVAIL / MANDAT PROFESSIONNEL

Mme OKAINDJJI Laetitia

X indiquer la date prévue de l'accouchement ou la date de l'accident

ACTES DE PRELEVEMENT

FRAIS ACCESSOIRES

Date d'exécution des actes	Cotation des actes suivant nomenclature	Montant des actes	Majorations (nuit, dimanche jour férié)	Montant du dépassement (DE)	Montant total des actes de prélevement S(2+3+4)	I.F. ou I.F.D.	I.D.	I.K.	Dépassement	Total des frais de déplacement
	1	2	3	4	5(2+3+4)	6	7	8	9	11
15122023	AMI1,50	4,73	0,00		4,73					0,00
15122023	MAU1,00	1,35			1,35					0,00

ACTES DE BIOLOGIE MÉDICALE

ACTES EFFECTUÉS	Remboursement inférieur à 100 %	Remboursement à 100 %	Montant des actes hors nomenclature	Montant des actes effectués y compris les suppléments	Montant du dépassement D.E.
	12	13			
1138 7310 0983 1139 9005 0592 0584 0563 0624 0627 0629 0578 0514 9105	311			80,86	0,00
				TOTAL (5+11+12+13)	
				27,00	
				3,00	
				Part organisme obligatoire	116,94
				Part organisme complémentaire	0,00
				Part assuré	
				Date de la prescription	0,00
				Date d'exécution des actes	116,94

Suppléments nuit, dimanche et jour férié

TOTAL DES COEFFICIENTS

NOM et N° du laboratoire transmetteur (à indiquer par le laboratoire exécutant)

311

0

30,00

15122023

1512202

REMBOURSEMENT

AU LABORATOIRE

Cachet « tiers payant »

A L'ASSURE (E)

VIREMENT A UN COMPTE POSTAL, BANCAIRE OU DE CAISSE D'EPARGNE. Lors de la première demande de remboursement, joindre le relevé d'identité correspondant.

AUTRE MODE DE PAIEMENT

Le remboursement des prestations de l'assurance maladie exige l'enregistrement des données codées relatives aux actes effectués et aux prestations servies. La loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 s'applique aux renseignements faits sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

Signature de l'assuré(e)

Signature du Directeur du laboratoire attestant l'exécution des actes et le cas échéant le paiement

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L114-13 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal)

(1) se reporter à la carte d'assurance maladie (et pour les renseignements n'y figurant pas, à remplir selon les indications du malade)

FB01-02

IMPRIMERIE COSTE 07200 AUBENAIS

S 3131e

Prélèvements	:	6,08	P. AMO:	0,00	P. AMC:	0,00	P. Cor:	0,00
Déplacements	:	0,00						
Examens	:	80,86						
Examens transmis	:	0,00						
Examens non remboursés:	:	30,00						
Frais	:	0,00						
TOTAL	:	116,94						
Montant à régler	:	116,94						
Déjà réglé	:	116,94						

Référence : 15/12/23-BO-0327