

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation | contact@mupras.com |
| O Prise en charge | pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

N° W19-584934

61465

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 00512	Société : Royal Air Maroc		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre : Retraité	
Nom & Prénom : EL MOUMI Moulay Abdesslam			
Date de naissance : 01 - 01 - 45			
Adresse : Hay el Hana Rue 32 N° 32 CASA			
Tél. : 0619449632	Total des frais engagés : 67,10 €		
Docteur Pierre CASSAIGNE Cadre réservé au Médecin Praticien Hospitalier Gériatre CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET 81300 GRAULHET RPPS : 10002875853			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 02/12/2020			
Nom et prénom du malade : EL MOUMI Moulay Abdesslam Ag. 75 ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : 			
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 : Casablanca
 Signature de l'adhérent(e) : 
 Le : 01/03/21

MUPRAS
ACCUEIL

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la validité des Actes
02/12/2020	Consultation	✓	50€	Docteur Pierre CASSAIGNE Praticien Hospitalier Gériatre CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET 81300 GRAULHET RPPS : 10002875853
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue LABoffice	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
2, chemin de Fregeneuil 16800 SOYAUX Tél. 05 45 94 50 00 Fax. 05 45 94 50 01	11/12/20		67,10 €

AUX MÉTIERS MÉDICAUX

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 canalaires, 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 []																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<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;">21433582</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="2" style="text-align: center;"><hr/></td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">G</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> </table>			H	25533412	21433582	D	00000000	00000000	<hr/>				G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
H	25533412	21433582																		
D	00000000	00000000																		
<hr/>																				
G	00000000	00000000																		
B	35533411	11433553																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession.			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



Service :

Médecin Responsable : Dr CARAYON Jean-Yves

N° RPPS :



Docteur : CASSAIGNE

Graulhet, le 02/12/2020

Doktor Pierre CASSAIGNE

Practicien Hospitalier Gériatre

CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET

81300 GRAULHET

RPPS : 10002875853

Nom : El Moumi Monlay Abdesselam

Traitement Q.S.P. :

A renouveler :

NFS plaqettes / CRP /

ferréline / PSA /

TGO TGP / gGT / PA / uricémie
alpha feto protéine /
hémoglobine glycée /

M. EL MOUMI Abdeslam
DDN: 01-01-1945
Né(e)
(M)
ORDO
ORD2012170102



8 | 883411 224930

N° Finess :



810000398

En cas d'urgence, composer le 15

CENTRE HOSPITALIER - 19 Rue du Dr Bastié - B.P. 49 - 81301 GRAULHET

Tél. 05.63.42.30.00 - Fax : 05.63.42.30.25

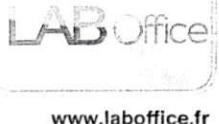


LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE LABOFFICE

S.E.L.A.R.L. N° d'autorisation 16 SEL 009 - Siège social : 126 rue de Périgueux, 16000 Angoulême

Laboratoire agréé pour la manipulation des gamètes mâles

Accréditation Cofrac N°8-3605 (portée d'accréditation disponible sur www.cofrac.fr)



www.laboffice.fr

P. CASASNOVAS Pharmacien Biologiste	V. CALLEC Pharmacien Biologiste	C. EURIEULT Pharmacien Biologiste	F. JUIN Pharmacien Biologiste	J. LAGRANGE Pharmacien Biologiste
S. LOULIER Médecin Biologiste	C. REVOLTE Pharmacien Biologiste	H. SEROUSSI Médecin Biologiste	A. VALLEE Pharmacien Biologiste	

Pour : M. Abdeslam EL MOUMI

Né(e) le : 01-01-1945, Sexe M,

20 ROUTE DU BOIS BLANC

16600 MORNAC

Prescripteur : Dr Pierre CASSAIGNE

M ABDESLAM EL MOUMI

20 ROUTE DU BOIS BLANC

16600 MORNAC

Dossier N° : D201217-0102 du 17-12-2020

Demande saisie par EB le 17-12-2020 à 08:34

Prélèvement du 17-12-2020 à 08:45 par : LABOffice site du Clinical

Compte-rendu complet édité le 22-12-2020 à 12:20

INFORMATIONS

Les prélèvements sont conformes aux exigences préanalytiques.

HEMATOLOGIE

Analyses réalisées sur un échantillon sanguin

Résultats

Valeurs de référence

Antécédents

Numération Formule Sanguine

(Numération globulaire et formule sanguine automatisée : cytométrie en flux – Siemens Advia 2120)

(Numération plaquettaire : méthode optique – Siemens Advia 2120)

29-06-201

Leucocytes (Gl. Blancs)	4.13	Giga/l	(3.80–10.00)	5.9
Hématies (Gl. Rouges)	4.60	Tera/l	(4.08–5.60)	4.4
Hémoglobine	15.0	g/dl	(12.9–16.7)	14
Hématocrite	44.4	%	(38.0–49.0)	42
VGM	96.5	fl	(83.0–97.0)	96
CCMH	33.7	g/dl	(32.3–36.1)	33
TCMH	32.5	pg	(27.8–33.9)	32

Plaquettes	137	Giga/l	(140–385)	10
Volume plaquetttaire moyen	10.0	fl	(6.8–10.6)	8

Commentaires :

Thrombopénie confirmée sur frottis : absence d'amas plaquettaires. Une numération plaquetttaire sur tube citraté n'est pas justifiée compte-tenu de l'absence d'agrégat sur tube EDTA, conformément aux recommandations du Groupe Français d'Hématologie Cellulaire (2014).

Poly. Neutrophiles	52.5	% Soit	2.17	Giga/l	(1.60–5.90)	3.0
Poly. Eosinophiles	3.8	% Soit	0.16	Giga/l	(0.03–0.50)	0.1
Poly. Basophiles	1.0	% Soit	0.04	Giga/l	(0.00–0.09)	0.0
Lymphocytes	35.6	% Soit	1.47	Giga/l	(1.07–4.10)	2.1
Monocytes	7.1	% Soit	0.29	Giga/l	(0.23–0.71)	0.4

Formule automate (Siemens Advia 2120)

Dossier validé par Armelle VALLEE

Site du Clinical
2, chemin de Fregeneuil
16800 SOYAUX
Tél 05 45 94 50 00

Site de Saint Cybard
96, rue de Saintes
16000 ANGOULEME
Tél 05 45 92 19 70

Site de La Rochefoucauld
Rue du Général De Gaulle
16410 LA ROCHEFOUCAULD
Tél 05 45 63 02 55

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE
SELARL LABOFFICE

N° d'autorisation 16 SEL 009 – Laboratoire agréé pour la manipulation des gamètes mûrs
 Accréditation Cofrac N°B-3605 (portée d'accréditation disponible sur www.cofrac.fr)

Pour : **M. Abdeslam EL MOUMI**

Né(e) le : 01-01-1945, Sexe : M, NDN :

Dossier N° : D201217-0102 du 17-12-2020

Prescripteur : Dr Pierre CASSAIGNE

Prélèvement du 17-12-2020 à 08:45

BIOCHIMIE

Analyses réalisées sur un échantillon sanguin

Résultats

Valeurs de référence

Antécédents

Serum icterique

Hémoglobine glycosylée

(Technique HPLC, BIO-RAD D-100)

HbA1c

Soit (IFCC)

Glycémie moyenne estimée

(Diabetes Care, Août 2008)

6.1 % (4.0–6.0)

43 mmol/mol (20–42)

1.28 g/l

7.12 mmol/l

Objectifs thérapeutiques HbA1c (HAS 2014) :

Inférieur à 7% (53 mmol/mol) chez les diabétiques de type 1.

Inférieur à 6,5% (48 mmol/mol) chez les diabétiques de type 2 au diagnostic récent et sans antécédent cardiovasculaire.

Inférieur à 7% (53 mmol/mol) pour la plupart des diabétiques de type 2.

Inférieur à 8% (64 mmol/mol) chez les diabétiques de type 2 ayant un diabète ancien ou mal équilibré.

Entre 8% et 9% (64 à 75 mmol/mol) chez les diabétiques de type 2 âgés de 75 ans ou plus et dont l'état de santé est fragilisé.

Transaminases S.G.O.T. (A.S.A.T.)

(SIEMENS Advia Chemistry Technique Enzymatique IFCC modifiée)

20 U/l (<34)

Transaminases S.G.P.T. (A.L.A.T.)

(SIEMENS Advia Chemistry Technique Enzymatique IFCC modifiée)

21 U/l (10–49)

Attention : le dosage de la S.G.P.T. (A.L.A.T.) doit être réalisé avant l'administration de sulfasalazine (SALAZOPYRINE) en raison d'une interférence significative de ce médicament sur la technique de dosage, entraînant un résultat minoré.

Gamma-Glutamyl Transpeptidase

(SIEMENS Advia Chemistry Technique Enzymatique IFCC modifiée)

33 U/l (<73)

Phosphatase alcaline

(SIEMENS Advia Chemistry Technique Colorimétrique)

51 UI/l (46–116)

Bilirubine totale (RC)

(SIEMENS Advia Chemistry Technique Colorimétrique)

15.7 mg/l (2.0–11.0)

26.8 µmol/l (3.4–18.8)

Bilirubine conjuguée

(SIEMENS Advia Chemistry Technique Colorimétrique)

5.2 mg/l (<3.0)

8.9 µmol/l (<5.1)

Bilirubine non conjuguée

10.5 mg/l (0.0–12.0)

18 µmol/l (0–21)

Protéine C réactive (CRP)

(SIEMENS Advia Chemistry Technique Immuno-Turbidimétrique)

2.52 mg/l (<5.00)

Ferritine

(SIEMENS Advia Chemistry Technique Enzymatique)

43 ng/ml (20–250)

43 µg/l (20–250)

25-11-2019

61

Le dosage de la ferritine doit être interprété avec un bilan inflammatoire récent

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE LABOFFICE

S.E.L.A.R.L. N° d'autorisation 16 SEL 009 - Siège social : 126 rue de Périgueux, 16000 Angoulême

Laboratoire agréé pour la manipulation des gamètes mâles

Accréditation Cofrac N°B-3605 (portée d'accréditation disponible sur www.cofrac.fr)

LABOffice

www.laboffice.fr

P. CASASNOVAS
Pharmacien Biologiste

I. LAGRANGE
Pharmacien Biologiste

V. CALLEC
Pharmacien Biologiste

S. LOULIER
Médecin Biologiste

C. EURIEULT
Pharmacien Biologiste

C. REVOLTE
Médecin Biologiste

F. JUIN
Pharmacien Biologiste

H. SEROUSSI
Médecin Biologiste

Ph. LABROUSSE
Médecin Biologiste

A. VALLEE
Pharmacien Biologiste

Pour : M. Abdeslam EL MOUMI

Né(e) le : 01-01-1945, Sexe : M, NDN :

Dossier N° : D201217-0102 du 17-12-2020

Prescripteur : Dr Pierre CASSAIGNE

Prélèvement du 17-12-2020 à 08:45

MARQUEURS

Analyses réalisées sur un échantillon sanguin

Résultats

Valeurs de référence

Antécédents

10-01-2015

Alpha-foetoprotéine (AFP) (Immunochimiluminométrie, Centaur XPT Siemens)	<1.3 ng/ml <1.3 µg/l	(<10) (<10)
Antigène Prostatique Spécifique (PSA total) (Immunochimiluminométrie, Centaur XPT Siemens)	1.96 µg/l	(<4)

Interprétation des résultats :

Des niveaux élevés de PSA peuvent être observés chez les patients atteints de maladies non malignes.

Le taux de PSA doit toujours être confronté à la clinique, aux antécédents personnels et aux autres procédures de diagnostic.

Les échantillons obtenus chez les patients subissant une manipulation de la prostate peuvent présenter des résultats faussement élevés. Les patients atteints de cancer de la prostate sous traitement par anti-androgènes et antagonistes de la LHRH peuvent présenter des niveaux de PSA nettement réduits. De plus, les hommes traités pour une hyperplasie prostatique bénigne avec des inhibiteurs de la 5alpha-réductase (finastéride) peuvent présenter une réduction importante des niveaux de PSA par rapport aux valeurs précédant le traitement.

(RC) : Résultat contrôlé

Dossier validé par Armelle VALLEE

Page 3 / 3

Site du Château
9, rue du Château
16000 ANGOULEME
Tél 05 45 94 50 05

Site Rue de Périgueux
126, rue de Périgueux
16000 ANGOULEME
Tél 05 45 95 58 71

Site de Ma campagne
412, avenue de Navarre
16000 ANGOULEME
Tél 05 45 61 05 07

Site du Clinical
2, chemin de Fregeneuil
16800 SOYAUX
Tél 05 45 94 50 00

Site de Saint Cybard
96, rue de Saintes
16000 ANGOULEME
Tél 05 45 92 19 70

Site de La Rochefoucauld
Rue du Général De Gaulle
16410 LA ROCHEFOUCAULD
Tél 05 45 63 02 55

FEUILLE D'HONORAIRES D'ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

Joindre à cette feuille la prescription des actes

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

Numéro d'immatriculation

Nom - Prénom : EL MOUMI Abdeslam
 (suivi, s'il y a lieu,
 du nom d'usage)
ADRESSE
 20 ROUTE DU BOIS BLANC
 16600 MORNAC

CODE ORGANISME AFFILIATION

Nom et Adresse
 de l'organisme
 de paiement

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

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

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

X NON CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse
 de l'organisme
 complémentaire

NOM

Prénom Date de naissance

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

NOM – Prénom – Qualité (du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)

SELARL LABOffice
 39 LABORATOIRE POLYVALENT

2, Chemin de Fregeneuil
 16800 SOYAUX

=> 163700206 0 1 24 1 39
 CAB. CON. Z.ISD IK SPEC

PRESCRIPEUR : NOM et N°

CASSAIGNE Pierre

810000398

Nom et qualité de l'exécutant des actes de prélèvement

X BOU LAARES Mekia
 MALADIE MATERNITE ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE

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 prélèvement 5(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	10	11
17-12-2020	AMI 1.5	4.73	0.00	0.00	4.73		0.00	0	0.00		0.00
17-12-2020	MAU 1	1.35	0.00	0.00	1.35		0.00	0	0.00		0.00

ACTES DE BIOLOGIE MÉDICALE

ACTES EFFECTUÉS

9005(B17) + 9105(B5) + 0320(B57) + 1601(B8) + 1804(B8) +
 1213(B24) + 0519(B6) + 1577(B22) + 1104(B25) + 0514(B6) +
 7318(B38) + 0522(B10)

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.

226 0 0.00 61.02 TOTAL * (5+11+12+13)

67.10 €
 Part organisme obligatoire

0.00 Part assuré

0.00 Date de la prescription 02-12-2020 Date d'exécution des examens 17-12-2020

Suppléments nuit, dimanche et jour férié

TOTAL DES COEFFICIENTS

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

REMBOURSEMENT

AU LABORATOIRE

Cachet « tiers payant »

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 réponses faites 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 possible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L377-1 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 UCANSS Edition 02/03 S 3131e

LABOffice site du Clinical - 2 chemin de Frégeneuil - 16800 SOYAUX

Tel : 05 45 94 50 00 - Fax :

Dont patient :

M. EL MOUMI Abdeslam

20 ROUTE DU BOIS BLANC

16600 MORNAC

Dossier : D201217-0102 du 17-12-2020

NOTE HONORAIRE EN EUROS	
Déplacements	0.00
Prélèvements	6.08
Nomenclature	61.02
Examens non remboursés	0.00
Examens transmis	0.00
TOTAL	67.10
TOTAL OP1 () %	0.00
TOTAL OP2 () %	0.00

M. EL MOUMI Abdeslam (01-01-1945)

Reste a payer

67.10



Service :

Médecin Responsable : Dr CARAYON Jean-Yves

N° RPPS :

10002893336

Docteur : CASSAIGNE

Graulhet, le 02/12/2020

Dr J.-Y. CARAYON - GYNÉCOLOGIE
Praticien hospitalier du CHG
CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET
81300 GRAULHET
RPPS : 10002875853

Nom : EL MOUMI Monia Abdesslem

Traitements Q.S.P. :

A renouveler :

NFS plaq uittas / CRP /
ferritin / PSA /
TGO TGP / gGT / PA / uréthrite
alde fosfostéine /
hémoglobine glycée /

C
Z

8188341 1 224930

N° Finess :

810000398

En cas d'urgence, composer le 15

CENTRE HOSPITALIER - 19 Rue du Dr Bestié - B.P. 49 - 81301 GRAULHET
Tél. 05.63.42.30.00 - Fax : 05.63.42.30.25





www.laboffice.fr

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE LABOFFICE

S.E.L.A.R.L. N° d'autorisation 16 SEL 009 - Siège social : 126 rue de Périgueux, 16000 Angoulême

Laboratoire agréé pour la manipulation des gamètes mâles

Accréditation Cofrac N°8-3605 (portée d'accréditation disponible sur www.cofrac.fr)

P. CASASNOVAS
Pharmacien Biogiste
S. LOULIER
Médecin Biogiste

V. CALLEC
Pharmacien Biogiste
C. REVOLTE
Pharmacien Biogiste

C. EURIEULT
Pharmacien Biogiste
H. SEROUSSI
Médecin Biogiste

F. JUIN
Pharmacien Biogiste
A. VALLEE
Pharmacien Biogiste

I. LAGRANGE
Pharmacien Biogiste

Identification du laboratoire 163700206
Feuille de soin N°

**M. Abdeslam EL MOUMI
20 ROUTE DU BOIS BLANC**

16600 MORNAC

Réf. du dossier : D201217-0102

Mutuelle :

QUITTANCE D'HONORAIRES

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous adressons le justificatif de paiement de nos honoraires à présenter à la caisse pour votre remboursement.

Demande N° D201217-0102
Date de l'examen : 17-12-2020

N° SS de l'assuré(e) :
Né(e) le : 01-01-1945

Récapitulatif quittance d'honoraire :

Total	Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle
67.10	67.10	0.00	0.00

En vous remerciant, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

SOYAUX, le Jeudi 24 Décembre 2020