

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-584934

61465

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00512 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite

Nom & Prénom : EL MOUMI Maïlay Abdelouah

Date de naissance : 21-01-45

Adresse : Hay el Hana Rm 32 N°32 CASA

Tél : 0619 44 9632 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 Maïlay Abdelouah 75 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ MUPRAS ☐ Enfant

Nature de la maladie : hémochromatose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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

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 Aït Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aït Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
02/12/2020	Consultation	1	2875853	Docteur Pierre CASSAIGNE Praticien Hospitalier Gériatre CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET 81300 GRAULHET RPPS : 10002875853

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
LABOffice 2, chemin de Fregene 16800 SOYAUX Tél. 05 45 94 50 00 Fax. 05 45 94 50 00	11/12/20		67,10 €

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 : <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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Graulhet, le 02/12/2020

Service :

☐ Médecin Responsable : Dr CARAYON Jean-Yves

N° RPPS :



10002893336

☐ Docteur : CASSAIGNE

Docteur Pierre CASSAIGNE

Proficien Hospitalier Gériatre

CENTRE HOSPITALIER DE GRAULHET

81300 GRAULHET

RPPS : 10002875853

Nom : EL MOUMI Moulay Abdoullah

Traitement Q.S.P. :

A renouveler :

NFS plaquettes / CRP /
fermine / PSA /
TGO TGP / XGT / PA / bilirubine
alpha foetoprotéine /
hémoglobine glycosylée /

M. EL MOUMI Abdeslam

DDN: 01-01-1945

Né(e)
(M)

ORDO
OD2012170102



81883411224930

N° Finess :

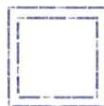


810000398

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)

LABOffice

www.laboffice.fr

P. CASASNOVAS
Pharmacien Biologiste
S. LOULIER
Médecin Biologiste

V. CALLEC
Pharmacien Biologiste
C. REVOLTE
Pharmacien Biologiste

C. EURIEULT
Pharmacien Biologiste
H. SEROUSSI
Médecin Biologiste

F. JUIN
Pharmacien Biologiste
A. VALLEE
Pharmacien Biologiste

I. LAGRANGE
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)

Leucocytes (Gl. Blancs)	4.13	Giga/l	(3.80-10.00)	29-06-2017
Hématies (Gl. Rouges)	4.60	Tera/l	(4.08-5.60)	5.9
Hémoglobine	15.0	g/dl	(12.9-16.7)	4.4
Hématocrite	44.4	%	(38.0-49.0)	14
VGM	96.5	fl	(83.0-97.0)	42
CCMH	33.7	g/dl	(32.3-36.1)	96
TCMH	32.5	pg	(27.8-33.9)	33

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

Commentaires :

Thrombopénie confirmée sur frottis : absence d'amas plaquettaire.
Une numération plaquettaire 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)	3.8
Poly. Eosinophiles	3.8	% Soit	0.16	Giga/l	(0.03-0.50)	0.2
Poly. Basophiles	1.0	% Soit	0.04	Giga/l	(0.00-0.09)	0.1
Lymphocytes	35.6	% Soit	1.47	Giga/l	(1.07-4.10)	2.7
Monocytes	7.1	% Soit	0.29	Giga/l	(0.23-0.71)	0.4

Formule automate (Siemens Advia 2120)

Dossier validé par Armelle VALLEE

Page 1 / 3

Site du Château
1, rue du Château
16000 ANGOULEME

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

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 ictérique			
Hémoglobine glycosylée (Technique HPLC, BIO-RAD D-100)			
HbA1c	6.1 %	(4.0-6.0)	
Soit (IFCC)	43 mmol/mol	(20-42)	
Glycémie moyenne estimée (Diabetes Care, Août 2008)	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)	
<i>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.</i>			
Gamma-Glutamyl Transpeptidase (SIEMENS Advia Chemistry Technique Enzymatique IFCC modifiée)	33 U/l	(<73)	
Phosphatase alcaline (SIEMENS Advia Chemistry Technique Colorimétrique)	51 U/l	(46-116)	
Bilirubine totale (RC) (SIEMENS Advia Chemistry Technique Colorimétrique)	15.7 mg/l 26.8 µmol/l	(2.0-11.0) (3.4-18.8)	
Bilirubine conjuguée (SIEMENS Advia Chemistry Technique Colorimétrique)	5.2 mg/l 8.9 µmol/l	(<3.0) (<5.1)	
Bilirubine non conjuguée	10.5 mg/l 18 µmol/l	(0.0-12.0) (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 43 µg/l	(20-250) (20-250)	25-11-2019 61
<i>Le dosage de la ferritine doit être interprété avec un bilan inflammatoire récent</i>			

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)

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
Pharmacien 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
		10-01-2019
Alpha-fetoprotéine (AFP)	<1.3 ng/ml	2.
(Immunochimiluminométrie, Centaur XPT Siemens)	<1.3 µg/l	

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 Amelle VALLEE

Amelle 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

N° 11103*02

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)

20 ROUTE DU BOIS BLANC

ADRESSE

16600 MORNAC

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

X NON

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)

CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse
de l'organisme
complémentaire

NOM

Prénom

Date de naissance

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

SELARL LABOffice

39 LABORATOIRE POLYVALENT

2, Chemin de Fregeneuil

16800 SOYAUX

=> 163700206 0 1 24 1 39

CAB. CON. Z.ISD IK SPEC

NOM - Prénom - Qualité

ACTES RESERVES

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

PRESCRIPTEUR : NOM et N°

CASSAIGNE Pierre

810000398

Nom et qualité de l'exécutant des actes de prélèvement

BOULAARES Mekia

X

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 dépassem. (DE)	Montant total des actes de prélèvement 5(2+3+4)	I.F. ou I.F.D.	I.D.	I.K.	Dépassement D.D.	Total des frais de déplacement
1	2	3	4	5	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 MEDICALE

ACTES EFFECTUES

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

226

0

0.00

61.02

TOTAL * (5+11+12+13)

67.10

Part organisme obligatoire

0.00

Part organisme
complémentaire

Part assuré

0.00

Date de la
prescription

67.10

Date d'exécution
des examens

Suppléments nuit, dimanche et jour férié

TOTAL DES COEFFICIENTS

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

02-12-2020

17-12-2020

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 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 passible 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 de Commerce).

(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 :

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

Dont patient :

0.00

M. EL MOUMI Abdeslam

20 ROUTE DU BOIS BLANC

16600 MORNAC

Dossier : D201217-0102 du 17-12-2020

67.10

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

Reste à payer

67.10



Graulhet, le 02/12/2020

Centre Hospitalier de Graulhet
19 Rue du Dr Bastié - B.P. 49 - 81301 GRAULHET
RPPS: 10002875853

Service :

☐ Médecin Responsable : Dr CARAYON Jean-Yves

N° RPPS :



10002893336

☐ Docteur : CDSSA.GWE

Nom : EL MOUMI Mounay Abdou

Traitement Q.B.P. :

A renouveler :

NFS plaquettes / CRP /
ferretine / PSA /
TGO TGP / XGT / PA / bilirubine
alpha foetoprotéine /
hémoglobine glycosylée /

8188341 1 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
S. LOULIER
Médecin Biologiste

V. CALLEC
Pharmacien Biologiste
C. REVOLTE
Pharmacien Biologiste

C. EURIEULT
Pharmacien Biologiste
H. SEROUSSI
Médecin Biologiste

F. JUIN
Pharmacien Biologiste
A. VALLEE
Pharmacien Biologiste

I. LAGRANGE
Pharmacien Biologiste

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