



#### **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
26/12/21	Consultation	6	25	Docteur Emile MARIEN Médecin généraliste 33175 Le Teillade St André de Cubzac

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates a dental arch with upper and lower teeth. Each tooth is assigned a number from 1 to 8. The upper arch has a vertical axis labeled 'H' at the top, and the lower arch has a vertical axis labeled 'B' at the bottom. A horizontal axis labeled 'D' on the left and 'G' on the right passes through the arches. Various symbols are placed around the teeth, including circles with numbers (e.g., 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8), circles with a minus sign, and circles with a plus sign. These symbols likely represent different orthodontic treatments or specific points of interest for orthodontic planning.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



Magali MOLES  
OSTÉOPATHE D.O.

10 Farideuil  
33240 LA LANDE DE FRONSAC

Tel : 06.02.13.39.41

E-mail : [osteo.magali.moles@gmail.com](mailto:osteo.magali.moles@gmail.com)

n°ADELI : 330007808

n°SIRET : 821 977 733 00020

# FACTURE

N° 20221308...

La Lande De Fronsac, le 30/12/2022

NOM : AJOUAOU .....

PRÉNOM : Fatima .....

N° Sécurité Sociale : .....

N° Adhérent Mutuelle : .....

## \* 1 CONSULTATION OSTÉOPATHIQUE

\* MONTANT RÉGLÉ : 55€

  
Magali MOLES  
Ostéopathe D.O.

10 Farideuil - 33240 LA-LANDE-DE-FRONSAC

n° ADELI : 330007808

n° SIRET : 821 977 733 00020

Dr. Emmanuelle LANGERON  
Médecin généraliste  
No RPPS : 10102141776



10102141776  
No RPPS



750062093  
No FINESS

**Centre de santé Mediksanté**  
206 Bd. Pereire, 75017 Paris  
No FINESS : 750062093

Tél : 01 86 65 55 15  
Courriel : cds-mediksante@lifen.mssante.fr

Le 16/12/2022

Pour Fatima Ajouaou né(e) le 01/01/1955

Cher confrère, je vous prie de bien vouloir recevoir Fatima Ajouaou âgé de 67 ans. Je l'ai pris en charge en téléconsultation et je vous l'adresse pour : toux , dyspnée , orthopnée, courbatures ( 3j).

Bien confraternellement,

DR. Emmanuelle LANGERON

Dr. Emmanuelle LANGERON

MEDADOM ü

Ordonnance électronique à l'attention du professionnel de santé  
Avant de délivrer le contenu de l'ordonnance,  
merci de vérifier si elle n'a pas déjà été traitée en scannant le code suivant :



Dr. Emmanuelle LANGERON

16/12/2022

Médecin Généraliste

Centre de santé Mediksanté  
206 Bd. Pereire, 75017 Paris  
No FINESS : 750062093  
01 86 65 55 15

J'ai été sollicité(e) ce jour, dans le cadre du service MEDADOM, par le patient :

Fatima Ajouaou né(e) le 01/01/1955

L'interrogatoire lors de la téléconsultation, en tenant compte de l'absence de possibilité d'examen clinique, permet de noter :

Motif : Toux

Allergie(s) : Non

Traitement(s) : Oui

Maladie(s) grave(s) : diabète, hypertension, maladie rénale

Opération(s) : Oui

Enceinte : Non

depuis 3 jours : toux , dyspnée , orthopnée, courbatures  
automédication : 0

antécédent : HTA , diabète , insuffisance rénale

température : 36,7

pouls : 76

saturation : 95

TA : 14/8

>> orienté vers une consultation présentielle ( urgences)

Il est conseillé de solliciter un avis complémentaire pour réévaluation si le problème devait persister. En cas d'aggravation ressentie, consultez un service d'urgence.

Dr.Emmanuelle LANGERON





## DIPARTIMENTO DEI SERVIZI CLINICI

U.O.C. Laboratorio

Via Stelvio 25 - 23100 Sondrio

Direttore Dr. Antonio Croce

Referito N.:

C.F.: JAOFTM55A41Z330S  
 Libretto: 828WF872  
 Indirizzo: V. COMPART 387  
 Comune: LIVIGNO  
 Medico richiedente: FOTI NICOLA  
 Nosologico: 1209093  
 Note:

Nome: AJOUAOU, FATIMA

Data nascita: 01/01/1955 Sesso: F

Data: 25 lug 2022

Episodio: 25286758 / 1209093

Reparto: DISTRETTO DI LIVIGNO

Ricevuto il: 25 lug 2022 11:54:43

Urgenza: No

Descrizione Esame	Risultato	U.M.	Valori di Riferimento	Metodica
-------------------	-----------	------	-----------------------	----------

EMATOLOGIA

Velocita' di Eritrosedimentazione (VES)	22	*	mm/h	1 - 15	Metodo automatico di Westergren modificato
<b>Sg-ESAME EMOCROMOCITOMETRICO</b>					
Leucociti WBC	8.49	$10^3/\mu\text{L}$	4.00 - 10.00	Citometria automatizzata	
Eritrociti RBC	5.17	$10^6/\mu\text{L}$	4.20 - 5.40		
Emoglobina HGB	14.5	g/dL	12.0 - 16.0		
Ematocrito HCT	46.8	%	37.0 - 47.0		
M.C.V.	90.6	fL	82.0 - 98.0		
M.C.H. (emoglobina corpuscolare media)	28.0	pg	27.0 - 34.0		
M.C.H.C. (conc. emoglobinica media)	31.0	g/dL	31.5 - 36.0		
RDW-CV	13.9	%	11.5 - 14.5		
Piastrine	278	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 450		
Formula leucocitaria relativa: Neutrofili	59.4	%	40.0 - 74.0		
Linfociti	28.4	%	19.0 - 48.0		
Monociti	6.4	%	3.0 - 10.0		
Eosinofili	2.2	%	0.0 - 8.0		
Basofili	1.1	%	0.0 - 1.5		
L.U.C.	2.5	%	0.0 - 4.0		
Formula leucocitaria assoluta: Neutrofili	5.04	$10^3/\mu\text{L}$	1.90 - 8.00		
Linfociti	2.41	$10^3/\mu\text{L}$	1.00 - 4.00		
Monociti	0.54	$10^3/\mu\text{L}$	0.16 - 1.00		
Eosinofili	0.19	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 - 0.44		
Basofili	0.09	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 - 0.20		
L.U.C.	0.21	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 - 0.40		

\*\* Gli esami di questa sezione sono stati eseguiti presso: LAB. SONDRIO

HBA1c

Emoglobina Glicosilata	5.9	%	4.0 - 6.0	Metodo enzimatico
Viene fornito temporaneamente il dato in % per agevolare la transizione alla nuova unità di misura di consenso internazionale (mmol/mol).				
Emoglobina Glicosilata	41	mmol/mol	20 - 42	Metodo enzimatico

Livello decisionale per la diagnosi di diabete: 48 mmol/mol

\*\* Gli esami di questa sezione sono stati eseguiti presso: LAB. SONDRIO

CHIMICA CLINICA e IMMUNOMETRIA**CHIMICA CLINICA**

Sondalo Via Zubiani 33 - 23039 tel. 0342/808273 fax 0342/808399 email: laboratorio2.sl@asst-val.it

**DISTRETTO DI LIVIGNO**  
JAOFTM55A41Z330S  
828WF872  
01/01/1955  
F  
FOTI NICOLA

Nome: **AJOUAOU, FATIMA**  
Campione: **25286758**  
Data: **25 lug 2022**  
Indirizzo: V. COMPART 387  
23041 LIVIGNO  
Referto no.:

Descrizione Esame	Risultato	U.M.	Valori di Riferimento	Metodica
S-Sodio	141.6	mmol/L	135.0 - 145.0	Potenziometria indiretta
S-Potassio	4.54	mmol/L	3.30 - 5.00	Potenziometria indiretta
S-Calcio nel siero	8.90	mg/dL	8.10 - 10.40	Colorimetrico - Arsenazo III
S-Magnesio	2.36	mg/dL	1.60 - 2.60	Enzimatico-colorimetrico
S - Glucosio	96	mg/dL	70 - 110	esochinasi/G-6-PDH
S-Urea	26	mg/dL	10 - 50	enzimatico - ureasi GLDH
S-Creatinina	0.65	mg/dL	0.55 - 1.02	enzimatico colorimetrico Valori di riferimento differenziati per sesso ed età.
Creatinina eGFR - Velocita' Filtrazione Glomerulare stimata	92	ml/min	> 60 =	Calcolo CKD-EPI
			Interpretazione: < 15 insufficienza renale 15-30 marcata riduzione della GFR 30-60 moderata riduzione della GFR per valori tra 60 e 90, se vi è sospetto di sofferenza renale, approfondire con altre indagini. N.B. Il calcolo non va usato in gravidanza, nei bambini, nei vegetariani, nelle variazioni estreme di massa muscolare (grave magrezza o obesità ecc.). Va usato con cautela in in pazienti con patologia acuta in cui non vi sia una situazione renale stabile e in individui >70 anni. Per Afro-American i il risultato va moltiplicato per 1,21. Per Asiatici invece il calcolo sovrastima la GFR di un fattore non ancora determinato.	
S-Aspartato aminotransferasi - AST/GOT	23	U/L	3 - 31	IFCC senza piridossalfosfato
S-Alanina aminotransferasi - ALT/GPT	38	* U/L	3 - 31	IFCC senza piridossalfosfato
S-Gamma glutammil transferasi (gamma-GT)	55	* U/L	9 - 36	gamma glutamil p-nitroanilide
S-Acido Urico	4.60	mg/dL	2.40 - 5.70	uricasierossidasi accettore tipo Trinder
S-Fosfatasi Alcalina	100	U/L	40 - 150	p-nitrofenil fosfato (PNPP) Nota: i valori di riferimento sono differenziati per sesso ed età
S-Trigliceridi	98	mg/dL	45 - 170	enzimatico glicerofosfato, accettore Trinder
S-Colesterolo	156	mg/dL	70 - 200	CHOD/POD accettore Trinder
S-Colesterolo HDL	49	mg/dL	45 - 100	CHOD/POD accettore Trinder

\*\* Gli esami di questa sezione sono stati eseguiti presso: LAB. SONDRIO

ENDOCRINOLOGIA

S-25 OH -Vitamina D                    11.5                    \* ng/mL                    30.0 - 100.0                    *Chemiluminescenza*

Sondalo Via Zubiani 33 - 23039 tel. 0342/808273 fax 0342/8083

www.labcenter.si    E-mail: labcenter@asst-var.si    fax: +386 42 333213    fax: +386 42 333333    e-mail: laboratori02.si@asst-var.si

**Reparto: DISTRETTO DI LIVIGNO Nome: AJOUAOU, FATIMA  
C.F.: JAOFTM55A41Z330S Campione: 25286758  
Libretto: 828WF872 Data: 25 lug 2022  
Data di Nascita: 01/01/1955 Indirizzo: V. COMPART 387  
Sesso: F 23041 LIVIGNO  
Medico richiedente: FOTI NICOLA Referto no.:**

## **URINE**

## **URINE ESAME CHIMICO-FISICO**

Colore	GIALLO PAGLIERINO		
Aspetto	Limpido		
pH	6.0		5.5 - 6.5
Peso specifico	1017		1006 - 1025
Proteine	0	mg/L	0 - 150
Glucosio	0	mg/dL	Assente
Emoglobina	0	mg/dL	Assente
Bilirubina	0.0	mg/dL	Assente
Urobilinogeno	0.2	mg/dL	<= 1.0
Corpi chetonici	0	mg/dL	Assenti
Nitriti	Assenti		Assenti
Sedimento - Eritrociti	5	n°/uL	0 - 20
Sedimento - Leucociti	59	n°/uL	0 - 20

\*\* Gli esami di questa sezione sono stati eseguiti presso: LAB. SONDRIO

MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA

BATTERIOLOGIA

**Negativo. (Crescita assente o non significativa)**

Nei casi previsti, in caso di positività, viene eseguito Antibiotogramma secondo criteri e interpretazione Eucast vers. 12:  
R = Resistente  
S = Sensibile, dosaggio standard  
I = Sensibile, aumentata esposizione (l'esposizione dipende da dose, modalità ed intervallo di somministrazione dell'agente antimicrobico e dalla sua distribuzione nel sito di infezione)

**\*\* Gli esami di questa sezione sono stati eseguiti presso: LAB SONDRIO**

Referto firmato digitalmente da: SONIA D'INZEQ il: 26 luglio 2022 12:05:58

I risultati degli esami sono disponibili anche su internet; è sufficiente collegarsi al sito [www.crs.lombardia.it](http://www.crs.lombardia.it) nella sezione "Servizi on-line per il cittadino", per scoprire come accedere al proprio Fascicolo Sanitario Elettronico e consultare i referiti.

## feuille de soins - médecin

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

date 26/12/2022

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

Abouaou fatima

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le médecin)

## ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

## ADRESSE DE L'ASSURE(E)

## IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR MARIEN EMILIE

01 MEDECINE GENERALE

CONVENTIONNE

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

19 RUE COURÉAU

33240 SAINT ANDRE DE CUBZAC

=&gt; 33 1 13872 7 00 1 20 1 01 n°AM

## MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

 MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante) SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115  
(cf. la notice au verso : § précédé de "\*" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers :

non

oui

date

J J M M A A A

 MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A

 AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A

 si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

## ACTES EFFECTUÉS

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement
J J M M A A A A					25		
J J M M A A A A							
J J M M A A A A							
J J M M A A A A							

## PAIEMENT

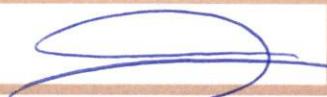
MONTANT TOTAL  
en euros (1+2+3)

25

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin ayant effectué l'acte ou les actes



signature de l'assuré(e)

impossibilité de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-4 du Code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

## feuille de soins - médecin

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

date 16/12/2022

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

Fatima Ajouaou

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

01/01/1955

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le médecin)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

## ADRESSE DE L'ASSURE(E)

## IDENTIFICATION DU MEDECIN

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Dr. Emmanuelle LANGERON

RPPS : 10102141776

Centre de santé Mediksanté

MEDECIN REMPLACANT

206 Bd. Pereire, 75017 Paris

nom et prénom

No FINESS : 750062093

identifiant

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

X MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115  
(cf. la notice au verso : § précédé de "et les recommandations importantes")

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

X

accident causé par un tiers :

non

oui

date

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

AT/MP

numéro

ou

date

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence

X

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

## ACTES EFFECTUÉS

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : )

dates des actes	codes des actes	activités	C. CS CNPSY V. VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P..) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	1	dépass.	frais de déplacement
I.D. ②	M.D. ③	nbre	I.K. montant ④					

16/12/2022

TCG

25 Euros

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros (1+2+3)

25 Euros

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

Assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin  
ayant effectué  
l'acte ou les actessignature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de penalties financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-14 du Code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.