

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

- 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 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° M21- 0034410

156016

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1109 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AYOUB FATINA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Maxime LEURENT
Médecin généraliste, secteur 1
40 bis av de Paris, 33620 Cagnac
05 57 68 66 67

Date de consultation : 16/12/2022 RPPS : 10101160181, ADELI : 33 105072 4

Nom et prénom du malade : AYOUB FATINA Age : 68

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : BRONCHITE

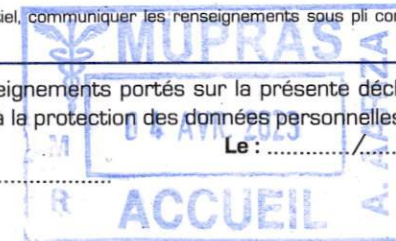
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des honoraires
20/12/22 EXALAB DANTAGNAN 33240 St André de Cubzac 557431901 Fax: 0557432543 int-andre.secretaires@exalab.fr	20/12/22		40,77

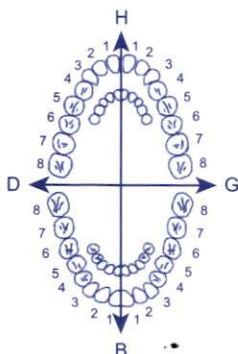
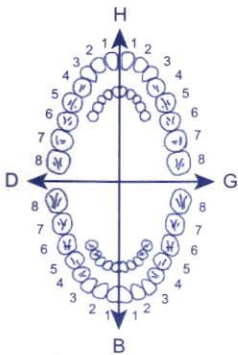
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

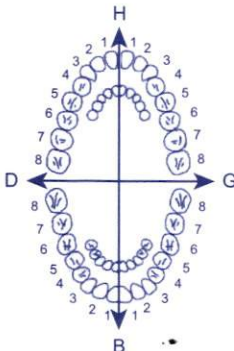
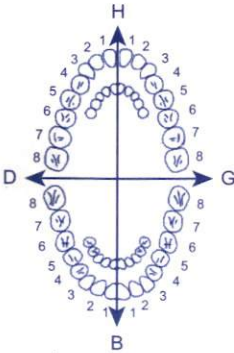
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="text-align: center;"> H <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> B </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 ----- 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 ----- 00000000 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MAISON MÉDICALE DE GARDE DU BLAYAIS

97 rue de l'hôpital - 33390 Blaye

Dr. Maxime LEURENT

Médecine Générale
Conventionné Secteur 1

A Blaye, le 16/12/2022



331050724



10101160181

Mme AGOUAOU Fatima

- AMOXICILLINE 1 g + ACIDE CLAVULANIQUE (sel de K) 125 mg pdre p susp buv sach (1 boîte)
(AUGMENTIN 1 g/125 mg Pdr susp buv 12Sach) *1 sachet trois fois par jour 7 jours*

- PARACETAMOL 1 g cp (3 boîtes)
(DOLIPRANE 1000 mg Cpr Plq/8)

Prendre, par voie orale, 1 comprimé le matin, le midi et le soir, pendant 7 jours

ESOMEPRAZOLE 20mg - 1 cp le matin pdt 7 jours

Pharmacie des CAPUCINS

30, Place des Capucins
33800 BORDEAUX



16 DEC. 2022

7/7
24h/24

332022615

Tél : 05.56.91.62.66 - Fax : 05.56.31.30.96
contact@pharmacapucins.fr

AMBROISE Aurélie
Médecin Remplaçant
RPPS: 10101948296

NUMERATION GLOBULAIRE

Leucocytes	9,4 G/L	4.0 à 11.0
Impédance électrique		
Hématies	5,09 T/L	4.00 à 5.20
Impédance électrique		
Hémoglobine	14,6 g/dL	11.5 à 15.0
Photométrie		
Hématocrite	44,9 %	34.0 à 45.0
V.G.M.	88,1 fL	76.0 à 96.0
T.C.M.H	28,8 pg	24.0 à 33.0
C.C.M.H.	32,6 g/dL	32.0 à 36.0
I.D.R	14,1 %	11.0 à 17.0

FORMULE LEUCOCYTAIRE

cytométrie de flux

Polynucléaires neutrophiles	62,9%	5,91 G/L	1.8 à 7.0
Polynucléaires éosinophiles	3,6%	0,34 G/L	0.05 à 0.60
Polynucléaires basophiles	0,8%	0,08 G/L	< 0.10
Lymphocytes	25,4%	2,39 G/L	1.20 à 3.90
Monocytes	7,3%	0,69 G/L	0.20 à 0.80

PLAQUETTES

Impédance électrique

V.P.M.	243 G/L	150 à 450
	9,7 fL	7.5 à 11.0

BIOCHIMIE DU SANG

Sérum ou plasma

Antécédents

Valeurs de référence

Tous les examens sont couverts par l'accréditation COFRAC, n°8-1371 – Examens médicaux, liste des sites et portées disponible sur www.cofrac.fr

ASPECT DU PRELEVEMENT

photométrie

Lipémie	Limpide
Ictère	Absence d'ictère
Hémolyse	Absence d'hémolyse

CREATININE

Technique colorimétrique raccordée IDMS

6,2 mg/L	5.1 à 9.5
55 µmol/L	45 à 84

UREE

Enzymatique

0,26 g/L	0.17 à 0.43
4,3 mmol/L	2.8 à 7.2

La prise en charge de cet examen par l'assurance maladie est désormais limitée à 3 contextes cliniques : le sujet dialysé, l'évaluation nutritionnelle en cas d'insuffisance rénale chronique, l'insuffisance rénale aiguë.

DFG calculé selon MDRD

97,10 mL/mn/1.73m²

DFG calculé selon CKD-EPI

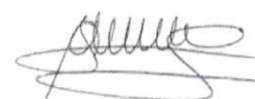
93,3 mL/mn/1.73m²• Valeurs de référence DFG (MDRD et CKD-EPI) : > 60 ml/min/1,73 m² de 18 à 75 ansUn DFG > 60 ml/mn/1,73 m² associé à l'absence de marqueurs d'atteinte rénale permet d'exclure une maladie rénale chronique.

Aucune des équations de calcul présentées ci-avant n'est validée chez les patients de moins de 18 ans ou de plus de 75 ans et/ou présentant un poids extrême ou des variations de la masse musculaire et/ou recevant une alimentation pauvre en protéines animales ou dénutris.

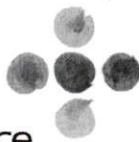
Le calcul des posologies des médicaments doit être réalisé en fonction de la clairance de la créatinine estimée avec la formule de Cockcroft et Gault.

En cas de maladie rénale chronique (MRC), avec présence de marqueurs d'atteinte rénale, le stade peut être défini à partir du DFG estimé (HAS 2012) :

Validé par DR BONNIN Simon



Dr BONNIN Simon



Laboratoire de Biologie Médicale

LBM ST-ANDRE-CUBZAC CENTRE

61 Rue Emile Martin Dantagnan 33240 SAINT ANDRE DE CUBZAC

Tél : 05 57 43 19 01 - Fax : 05 57 43 25 48

Horaires d'ouverture 07h00 à 13h00/14h00 à 17h00 - Samedi Fermé



n° patient : C2122005157

**Prescription du /!\ LA FSE DOIT ETRE
BLOQUEE**

NE PAS MODIFIER CE MEDECIN JAMAIS !!!!!!!

Demande n° 20/12/22-UU-0076

ME AJOUAOU Fatima

Né(e) AJOUAOU le 01/01/1955

Prélevé le 20/12/22 à 10H56

Enregistré le 20/12/22 à 10H54

Édité le jeudi 22 décembre 2022 à 15:18

Madame AJOUAOU FATIMA

13 RUE CONSTANTIN

33240 SAINT-ANDRE-DE-CUBZAC

DUPLICATA

Compte rendu d'analyses

Résultats confidentiels, ne peuvent être reproduits sans l'autorisation écrite du laboratoire.

Changement de notre système informatique de laboratoire entraînant une rupture d'antériorités des résultats sur nos comptes rendus.
Les techniques de réalisation des examens sont inchangées, les résultats restent comparables.

HÉMATOLOGIE

Sang total

Antériorités

Valeurs de référence

Tous les examens sont couverts par l'accréditation COFRAC, n°8-1371 – Examens médicaux, liste des sites et portées disponible sur www.cofrac.fr

Validé par DR BONNIN Simon

Dr BONNIN Simon

Page 1 sur 4

Cerbaliance Aquitaine Nord

Siège social 75 Rue de la Morandière 33185 LE HAILLAN - RCS Bordeaux 323 191 106

Siège social Exalab : 75 rue de la Morandière - 33185 Le Haillan
RCS Bordeaux 323 191 106
Résultats confidentiels, ne peuvent être reproduits sans l'autorisation écrite du laboratoire.

CALCUL DU FIB-4

1,55

Calcul

*Le score Fib-4 est un test de dépistage de la fibrose hépatique.**S'il existe une cause connue de cytolysé hépatique ou de thrombopénie, il ne faut pas tenir compte de ce résultat.**Dans les autres cas :*

- Une valeur < 1,3 permet d'écarter une fibrose hépatique sévère
- Pour une valeur > 2,67 un avis en hépatologie est recommandé
- Entre 1,3 et 2,67 un contrôle à distance est recommandé

*La généralisation du calcul du FIB-4 s'intègre dans le plan santé « priorité prévention » présenté en mai 2018.***PHOSPHATASES ALCAINES (PAL)**

95 U/L

35 à 105

Enzymatique

GAMMA GLUTAMYL TRANSFERASE (GGT)

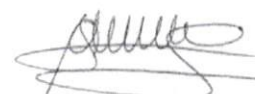
157 U/L

< 38

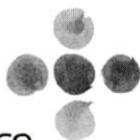
Enzymatique

Validé le 20/12/22 par
DR BONNIN Simon

Validé par DR BONNIN Simon



Dr BONNIN Simon



Madame AJOUAOU FATIMA

Le jeudi 22 décembre 2022

Prescription du /!\ LA FSE DOIT ETRE BLOQUEE

Demande n° **20/12/22-UU-0076 -UUEXT-**

Né(e) AJOUAOU le 01/01/1955

Stade	DFG (ml/min/1,73 m ²)	Définition
1	≥ 90	Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté
2	Entre 60 et 90	Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué
3A	Entre 45 et 89	Insuffisance rénale chronique modérée
3B	Entre 30 et 44	Insuffisance rénale chronique modérée
4	Entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

* Avec marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie, hématurie, leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de 3 mois (et à 2 ou 3 examens consécutifs)

CRP

Turbidimétrie

25 mg/L

< 5

PEPTIDE NATRIURETIQUE B (BNP)

Plasma chimiluminescence

<10 pg/mL

Interprétation : Le dosage du BNP est recommandé pour exclure l'insuffisance cardiaque mais pas pour en faire le diagnostic. Les valeurs seuil d'exclusion de l'insuffisance cardiaque (IC) chronique ne sont pas les mêmes que celles de l'IC aigüe (ESC 2016) :

-IC chronique : valeur seuil fixée à 35 pg/mL

-IC aigüe : valeur seuil fixée à 100 pg/mL

Un résultat positif (concentration supérieure à une valeur seuil) constitue une indication à la réalisation d'une échocardiographie et à la consultation d'un spécialiste.

Le dosage du BNP et du NT Pro BNP sont équivalents dans le cadre des indications décrites en cas d'insuffisance cardiaque (Rapport HAS 2010).

Chez les patients traités par ARNi (Entresto®), le suivi ne peut se faire que par le dosage du NT Pro BNP.

Dans ce cas, pour éviter toute substitution, nous vous demandons de préciser sur vos prescriptions : « Dosage du NT Pro BNP – suivi Entresto® »

TRANSAMINASE TGO (ASAT)

Enzymatique

44 U/L

< 35

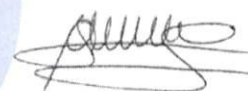
TRANSAMINASE TGP (ALAT)

Enzymatique

61 U/L

< 35

Validé par DR BONNIN Simon



Dr BONNIN Simon

N° 12541 *02

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

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 AJOUAN Fabrice

(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 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 LEURENT MAXIME

01 MEDECINE GENERALE

CONVENTIONNE

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

40 BIS AVENUE DE PARIS

33620 CAVIGNAC

=> 33 1 05072 4 00 1 20 1 01 n°AM

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. 212-1
(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 A

☐ MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J J M M A A A A

☐ AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A 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 EFFECTUES

(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 ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ②	M.D.	L.K. montant ③
16/12/2022			G		25				
16/12/2022	CRN				42,50				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

67,50

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 actesAMBROISE Aurélie
Médecin Remplaçant
RPPS: 10101948296signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.

La première information à donner concerne la **personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

- **Si vous ne payez pas votre médecin**, celui-ci remplit l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne, y compris le code de l'organisme de rattachement.
- **Si vous payez votre médecin**, celui-ci indique uniquement vos nom et prénom, selon vos indications, ou en reprenant les informations contenues dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.
Les autres lignes de cette rubrique sont à compléter par vous même (le code de l'organisme de rattachement ne doit pas être indiqué dans ce cas) :

- si vous êtes la **personne recevant les soins** et aussi l'**assuré(e)**, inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (il est indiqué sur votre carte Vitale et sur l'attestation papier qui l'accompagne),
- si vous êtes la **personne recevant les soins** mais pas l'**assuré(e)**, écrivez :
 - votre **numéro d'immatriculation**,
ou (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
 - votre **date de naissance**,
 - le **nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e)** et son **numéro d'immatriculation**,
- complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à remplir par votre médecin, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- Si l'acte qu'il effectue est en rapport avec l'affection de longue durée (ALD), il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont liés à un accident causé par une personne autre que vous-même, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements, recueillis sous votre responsabilité, doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à votre accident auprès de l'assureur de la personne ayant causé cet accident.
- Si vos soins sont liés à un accident du travail, ou à une maladie professionnelle, présentez à votre médecin la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins est votre nouveau médecin traitant, il doit cocher la case prévue à cet effet. Dans ce cas, n'oubliez pas d'envoyer à votre caisse d'assurance maladie la nouvelle déclaration de choix du médecin traitant.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins n'est pas le médecin traitant que vous avez déclaré, il doit indiquer si l'acte est réalisé à la demande de celui-ci. Dans ce cas, il reporte sur la feuille de soins le nom et le prénom de votre médecin traitant. Si votre état de santé nécessite l'intervention de plusieurs médecins, ces informations doivent également être reportées sur la feuille de soins par ces médecins.

Dans la négative, le médecin doit cocher l'une des cases permettant de préciser si les soins sont réalisés :

- par un médecin exerçant une spécialité à accès direct (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie) ou par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies (art. D 162-1-6, 6° du Code de la sécurité sociale),
- en urgence,
- hors de votre résidence habituelle (par exemple lorsque vous êtes en congé),
- par un médecin remplaçant votre médecin traitant en son absence,
- en accès libre non coordonné, c'est-à-dire lorsque vous consultez directement un médecin qui n'est pas votre médecin traitant.

Recommandations importantes :

Prévenez votre organisme d'assurance maladie à l'occasion d'un changement intervenant dans votre situation, comme, par exemple, en cas de :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : envoyez-lui votre nouveau relevé d'identité de compte,
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations. Votre ancien organisme d'assurance maladie peut vous aider dans cette démarche.
- **Si le médecin a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).**

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.



Cerballiance Aquitaine Nord

LBM ST-ANDRE-CUBZAC CENTRE
61 Rue Emile Martin Dantagnan
33240 SAINT ANDRE DE CUBZAC
Tél : 05 57 43 19 01 Fax : 05 57 43 25 48
www.cerballiance.fr N° Finess : 33 3 70411 2
Mail : labosaintandre.aquitainenord@cerballiance.fr

Madame AJOUAOU FATIMA
13 RUE CONSTANTIN
33240 SAINT-ANDRE-DE-CUBZAC

Note d'Honoraires

Edité, le Jeudi 22 Décembre 2022 à 15:20

Madame AJOUAOU Fatima,
Nous vous remercions d'avoir réalisé les analyses prescrites par le /! LA FSE DOIT ETRE BLOQUEE
le 20/12/22 dans notre laboratoire LBM ST-ANDRE-CUBZAC CENTRE.

Veuillez trouver ci-dessous le détail de nos honoraires suivi d'un coupon détachable
à joindre à votre règlement.
Pour éviter l'avance de frais, il est nécessaire de nous transmettre les références
de votre prise en charge (Numéro d'assuré social, régime obligatoire et mutuelle complémentaire).
**Merci de nous envoyer les documents recto-verso des attestations du régime obligatoire et
de mutuelle à l'adresse mail : labosaintandre.aquitainenord@cerballiance.fr**

En vous remerciant de votre confiance et restant à votre disposition, nous vous prions
d'agréer l'assurance de notre meilleure considération,

Détail de nos Honoraires N° de dossier : 20/12/22-UU-0076

Prélèvement	:	3.78
Déplacement	:	
Examens	:	36.99
Examens transmis	:	
Frais	:	
Examens non remboursés	:	
Dont Examens HN	:	
non pris en charge	:	
Total dossier	:	40.77
Facturé AMO	:	
Facturé AMC	:	
Déjà réglé	:	
A payer	:	40.77 euros

Laboratoire EXALAB
61 Rue E. DANTAGNAN 33240 St André de Cubzac
Tél: 0557431901 Fax: 0557432548
Mail: saint-andre.secretaires@exalab.fr
Règle en ligne le 22/12/22

Vous pouvez aussi régler en ligne en vous rendant directement sur le site <https://laboratoire.exalab.fr>, onglet "payer en ligne"

Coupon à envoyer avec votre règlement à Cerballiance Aquitaine Nord 61 Rue Emile Martin Dantagnan 33240 SAINT ANDRE

Référence :
Numéro de dossier : 20/12/22-UU-0076
Madame AJOUAOU FATIMA
13 RUE CONSTANTIN
33240 SAINT-ANDRE-DE-CUBZAC
Mobile : +33695525234
Mail :

Total dossier	:	40.77
Facturé AMO	:	
Facturé AMC	:	
Déjà réglé	:	
A payer	:	40.77

PHARMACIE DES CAPUCINS
 SELARL PHARMACIE DES CAPUCINS
 30, Place des capucins
 33000 BORDEAUX
 FRANCE
 Tel: 0556916266
 N° SIRET: 51225746000018
 Code NAF: 4773z - FR34512257460

Page 1 / 2

FACTURE

N°12829/1573640

Du 17/12/2022

Date de l'échéance 18/12/2022

AJOUAOU Fatima
 33000 BORDEAUX

Prescripteur : LEURENT MAXIME
 N° AM : 331050724
 N° RPPS : 10101160181
 Opérateur: ... K

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
AMOX/CLAV 1/125 ZENT SAC 8 3400935338723 N° Ordonnancier : 1900431 N° Lots : F54W	PH7	0	2	4,633	2,10%	9,27
Honor. dispens. HD7	HD7	0	2	0,999	2,10%	2,00
DOLIPRANE 1G CPR 8 3400935955838 N° Lots : EX606	PH7	0	3	1,136	2,10%	3,41
Honor. dispens. HD7	HD7	0	3	0,999	2,10%	3,00
ESOMEPRAZ 20MG ARRO GEL 14 3400949721481 N° Ordonnancier : 1900432 N° Lots : EB0347	PH7	0	1	2,145	2,10%	2,15
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	3,500	2,10%	3,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
24,81	2,1% (4)	0,52	25,33
Total HT		Total TVA	Total TTC
24,81		0,52	25,33

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	25,33

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (CB)	25,33

Reste dû	0,00
----------	------

Montants exprimés en Euros

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

(NF525) 127//1/FACTURATION/FACTURE QdMR/N/IQB/N/YEQM/2.14.1.3/R16-137/0/B525/0370-1/1049768

Pharmacie des CAPUCINS
 30, Place des Capucins
 33800 BORDEAUX

03 JAN. 2022
 7/7
 24h/24
 332022615
 Tél : 05.56.91.62.66 - Fax : 05.56.31.30.96
 contact@pharmacapucins.fr

PHARMACIE DES CAPUCINS
SELARL PHARMACIE DES CAPUCINS
30, Place des capucins
33000 BORDEAUX
FRANCE
Tel: 0556916266
N° SIRET: 51225746000018
Code NAF: 4773z - FR34512257460

Page 2 / 2

FACTURE

N°12829/1573640

Du 17/12/2022

Date de l'échéance 18/12/2022

AJOUAOU Fatima 33000 BORDEAUX

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom
IBAN: FR76 3000 4003 4000 0101 0100 671

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1