

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.



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 10/10/23 | 6 | | 300 DAX | DR. GENEVIEVE LAMOU Spécialiste en Diabète et Maladie de l'Artère Diabétologue Nutritionniste Espace Roudani 20 Bd. Hassan IIème Etage N° 11 Casablanca - Tél. : 05 22 23 70 71 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien | Date | Montant de la Facture |
|----------------------|--|--|
| PHARMACIE DES FORGES | 21 Rue de Monthéliard 25400 Audincourt 25 20 13 203 Tél. : 03 81 35 56 95 | 11/10/23 11/10/23 30 € 16 242 € 50 / 60 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | 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.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| G | | |
| B | | |

(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

joindre la prescription
sauf si renouvellement**feuille de soins
pharmacien ou fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

64356

date J J M M A A A A

11032023

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**PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)****PERSONNE RECEVANT les SOINS** (*la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur*)

nom et prénom

ABOUAISSA Mohamed

(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

1

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

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)

38 ALLEE GEORGES CUVIER 90500 BEAUCOURT

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR**IDENTIFICATION de la STRUCTURE**

CHAMBERLIN Alain

Pharmacie des Forges
21 rue de Montbéliard
25400 AUDINCOURT
252013206

10100220606

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé**IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom

PRESCRIPTEUR ETRANGER PRE

raison sociale

identifiant

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**

date de la prescription médicale

12112022

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

XX

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

XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

| Prest | CIP/Ref.LPP(Ut) | Homeo | Decon- | Qte | PU | Mt Fact | Libelle | Nb btes Mod. | Indic. | Date | Date |
|-------|-----------------|-------|--------|---------|-------|---------|------------------------|--------------|--------------|-----------|---------|
| | | c.lab | c.lab | dition. | | | . | utili. | presc Subst. | debut loc | fin loc |
| PH7 | 3400930003763 | | | 3 | 80,12 | 240,36 | TRULICITY 1,5 MG (DULA | | | | |
| HD7 | | | | 3 | 1,02 | 3,06 | Honor. dispens. HD7 | | | | |
| HDR | | | | 1 | 0,51 | 0,51 | Honor. dispens. HDR | | | | |
| HDE | | | | 1 | 3,57 | 3,57 | Honor. dispens. HDE | | | | |

imprimer les codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENTPHARMACIE DES FORGES
MONTBÉLIARD
en cours

2 4 7 , 5 0

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

25400 Audincourt

25 20 13 206

Tél. 03 81 35 56 95

signature du pharmacien
ou du fournisseursignature 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 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 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.

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 pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous-même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
 - 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 compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- * • 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 en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte bancaire**, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **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, **n'oubliez pas** également d'indiquer **votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

* **Si le pharmacien ou le fournisseur 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.

joindre la prescription
sauf si renouvellement**feuille de soins
pharmacien ou fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

64330

date J J M M A A A A
11032023 AArt. 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**PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)****PERSONNE RECEVANT les SOINS** (*la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur*)

nom et prénom

ABOUISSA Mohamed

(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

1

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

38 ALLÉE GEORGES CUVIER 90500 BEAUCOURT

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR**IDENTIFICATION de la STRUCTURE**

CHAMBERLIN Alain

Pharmacie des Forges
21 rue de Montbéliard
25400 AUDINCOURT
25201320610100220606
PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé**IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**nom et prénom **PRESCRIPTEUR ETRANGER PRE**

identifiant

raison sociale

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**

date de la prescription médicale

12112022

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

XX

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

XX

 oui

date

J J M M A A A A

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

| Prest | CIP/Ref. | LPP(Ut) | Homeo | Decon- | Qte | PU | Mt | Fact | Libelle | Nb btes | Mod. | Indic. | Date | Date |
|-------|---------------|---------|-------|--------|---------|------|-------|------|-----------------------|---------|-------|--------|-----------|---------|
| | | | | c.lab | dition. | | | | | utili. | presc | Subst. | debut loc | fin loc |
| PH7 | 3400937377355 | | | | 4 | 5,50 | 22,00 | | METFORMINE 1000MG BTE | | | | | |
| HD7 | | | | | 4 | 1,02 | 4,08 | | Honor. dispens. HD7 | | | | | |
| HDR | | | | | 1 | 0,51 | 0,51 | | Honor. dispens. HDR | | | | | |
| HDE | | | | | 1 | 3,57 | 3,57 | | Honor. dispens. HDE | | | | | |

imprimer les codes à barres**ou coller les étiquettes de la liste****des produits et prestations****dans l'ordre de la prescription****PAIEMENT****MONTANT TOTAL
en euros**

30,16

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

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

signature du pharmacien
ou du fournisseurCHAMBERLIN Alain
21 rue de Montbéliard
DES FORGESsignature 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 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des soins 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.

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 pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous-même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
 - 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 compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- * • 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 en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte bancaire**, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **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, **n'oubliez pas** également d'indiquer **votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

* Si le pharmacien ou le fournisseur 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.

Pharmacie des Forges
21 rue de Montbéliard
25400 AUDINCOURT
252013206

Fact. Num. : 64330
Date Fact. : 11/03/2023
Date Ord. : 12/11/2022
Medecin: PRESCRIPTEUR ETRANGER PRESCRI
Code Ops: E
Malade: ABOUAISSA Mohamed
90500 BEAUCOURT

VILLEFRANCHE MAMOUR

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie

Hypothalamiques et Nutrition

Diabète, Cholestérol, Obésité, Thyroïde, Goître

Troubles de la croissance et de la puberté

Pathologies surrenaliennes et hypophysaires

| CIP | Prix/U BaseSS | HD | TxSS |
|-------------|---------------|----|------|
| 09377355 | 5,50 | - | 1,02 |
| Ordo: 77072 | 0,51 | - | 0 |
| | 3,57 | - | 0 |

MONTANT TOTAL : 30,16
MONTANT AMO : 0,00
MONTANT ASSURE : 30,16

Des montants se réfèrent ayant application, le cas échéant,
à l'article L. 322-2 du code de la
sécu et à l'article 13 de la loi sur le règlement sur les prestations.

Nom C. ABOUAISSA Mohamed

- Trulicity 1,8 mg.

1 injection / semaine

- Glucophage 1g

1 g x 2 f

ff: 6 mois

Dr. CHIA
Spécialiste en
Diabétologie
Centre Régional 23900
Grenoble, 11
13380 Grenoble

Pharmacie des Forges
 Alain CHAMBERLIN
 21 rue de Montbéliard
 25400 AUDINCOURT
 FRANCE
 Tel: 0381355695 Fax: 0381353691
 Email: pharmaciedesforges@gmail.com
 N° SIRET: 53357599900016
 Code NAF: 4773Z - FR59533575999

Page 1 / 1

FACTURE

N°1007/64356

Du 11/03/2023

Date de l'échéance 12/03/2023

CABINET INFIRMIER Mme Iabidi
 21 RUE DE MONTBELIARD
 25400 AUDINCOURT

Prescripteur : PRESCRIPTEUR ETRANGER PRESCRIPTEUR ETRANGER
 Opérateur: Evelyne .

| Désignation Code produit | Prest. | Taux Remb. | Qté | PUHT | Taux TVA | Montant Total TTC |
|---|--------|---------------|-----|--------|-------------|----------------------|
| TRULICITY 1,5 MG (DULAGLUTIDE), SOLUTION INJECTABL 3400930003763 | PH7 | 0 | 3 | 79,471 | 2,10% | 243,42 |
| N° Ordonnancier : 77094 | | | | | | |
| N° Lots : D567358C D567358C | | | | | | |
| Honor. dispens. HDR | 'HDR' | 0 | 1 | 0,500 | 2,10% | 0,51 |
| Honor. dispens. HDE | HDE | 0 | 1 | 3,500 | 2,10% | 3,57 |

| Montant HT | Taux TVA (*) | Montant TVA | Montant TTC |
|-----------------|--------------|------------------|------------------|
| 242,41 | 2,1% (4) | 5,09 | 247,50 |
| Total HT | | Total TVA | Total TTC |
| 242,41 | | 5,09 | 247,50 |

| | |
|-------------|--------|
| Part AMO | 0,00 |
| Part AMC | 0,00 |
| Part Client | 247,50 |

| | |
|----------------------------|--------|
| Reste dû | 247,50 |
| Montants exprimés en Euros | |

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

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

Pharmacie des Forges
 Alain CHAMBERLIN
 21 rue de Montbéliard
 25400 AUDINCOURT
 FRANCE
 Tel: 0381355695 Fax: 0381353691
 Email: pharmaciedesforges@gmail.com
 N° SIRET: 53357599900016
 Code NAF: 4773Z - FR59533575999

Page 1 / 1

FACTURE

N°1005/64330

Du 11/03/2023

Date de l'échéance 12/03/2023

CABINET INFIRMIER Mme labidi
 21 RUE DE MONTBELIARD
 25400 AUDINCOURT

Prescripteur : PRESCRIPTEUR ETRANGER PRESCRIPTEUR ETRANGER
 Opérateur: Evelyne .

| Désignation Code produit | Prest. | Taux Remb. | Qté | PUHT | Taux TVA | Montant Total TTC |
|--|--------|---------------|-----|-------|-------------|----------------------|
| METFORMINE 1000MG BTE 90 CP 3400937377355 | PH7 | 0 | 4 | 6,386 | 2,10% | 26,08 |
| N° Ordonnancier : 77072 | | | | | | |
| N° Lots : 2P1214A 2P1214A 2P0250A 2P0250A | | | | | | |
| Honor. dispens. HDR | HDR | 0 | 1 | 0,500 | 2,10% | 0,51 |
| Honor. dispens. HDE | HDE | 0 | 1 | 3,500 | 2,10% | 3,57 |

| Montant HT | Taux TVA (*) | Montant TVA | Montant TTC |
|------------|--------------|-------------|-------------|
| 29,54 | 2,1% (4) | 0,62 | 30,16 |
| Total HT | | Total TVA | Total TTC |
| 29,54 | | 0,62 | 30,16 |

| | |
|-------------|-------|
| Part AMO | 0,00 |
| Part AMC | 0,00 |
| Part Client | 30,16 |

| | |
|----------|-------|
| Reste dû | 30,16 |
|----------|-------|

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

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