

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Maison Médicale Paul VALERY 27 Allée de l'Accueil 34090 Montpellier Tél : 04 67 52 02 76
13/07	Consultation	1	25G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cabinet du Pharmacien Pharmacie du Pirée ou du Fourneau de Place Jean Bene 34000 MONTPELLIER	Date	Montant de la Facture
13 JUIL. 2023	13/07/23	30,58 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES				
Cachet et signature du Laboratoire d'imagerie médicale conventionné	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	
Dr DIDIER SOLIGNAC 06 RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE 10 BOULEVARD VICTOR HUGO 34000 MONTPELLIER ⇒ 34 174666 7001 24 106 CAB CONV ZD IK SPEC	13/07/23	2BQK002	24,66€	

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

D	H
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000 35533411	00000000 11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. The upper arch is labeled with 'H' at the top, 'D' on the left, and 'G' on the right. The lower arch is labeled with 'B' at the bottom. The teeth are arranged in a standard dental sequence, with some teeth having additional labels such as '1/2' or '3/4' indicating specific variants.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Thierry CHERIFCHEIKH

Médecin généraliste

34 001 5213

RPPS : 10003212098

MAISON MEDICALE PAUL VALERY

AÉSIO Santé Méditerranée

271 allée de Bon Accueil

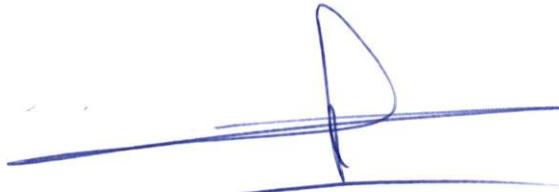
34090 Montpellier

04 67 52 02 76 04 67 52 71 81

le 13.07.83

Dr Hainaut Jeanine

Rx L-? P. Leau



CABINET DE RADIOLOGIE ET D'IMAGERIE MEDICALE

10, Boulevard Victor Hugo
34000 Montpellier
tel: 04 67 12 87 87 - fax: 04 67 12 87 83
www.radiologie34.com

RADIOLOGIE GENERALE
ECHOGRAPHIE – DOPPLER
SENOLOGIE
RADIOLOGIE DENTAIRE
OSTEODENSITOMETRIE
SCANNER – IRM
RADIOLOGIE VASCULAIRE

Dr D. SOLIGNAC Dr C. CALVET Dr F. KLEIN Dr J. FRAGA Dr MC. MAS

DiS
PDS: mGy.cm²

Montpellier, le 13/07/2023

Mr HAILOUA Abdel
Né(e) : 17/02/1962 Nom de naissance :

Motif de l'examen
Toux fièvre modérée

THORAX

Téléradiographie face, Profil

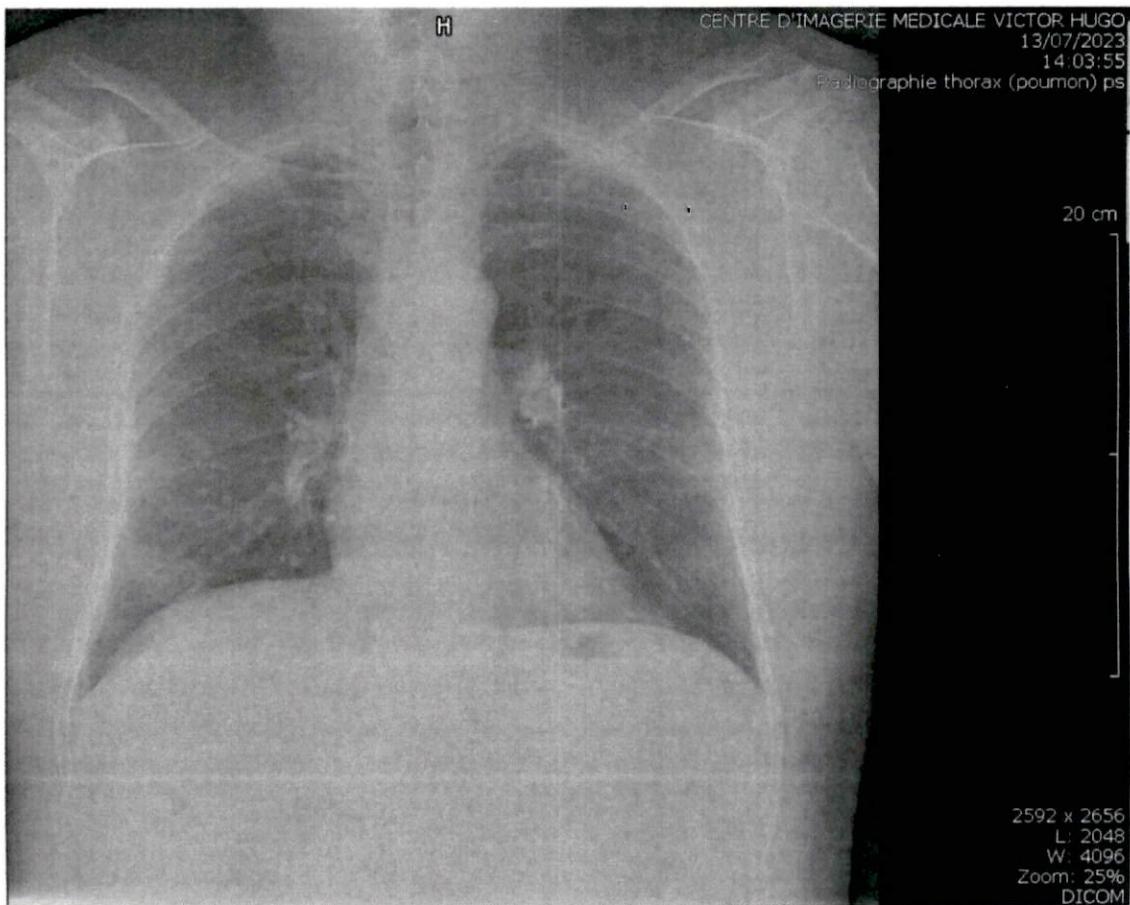
Résultat

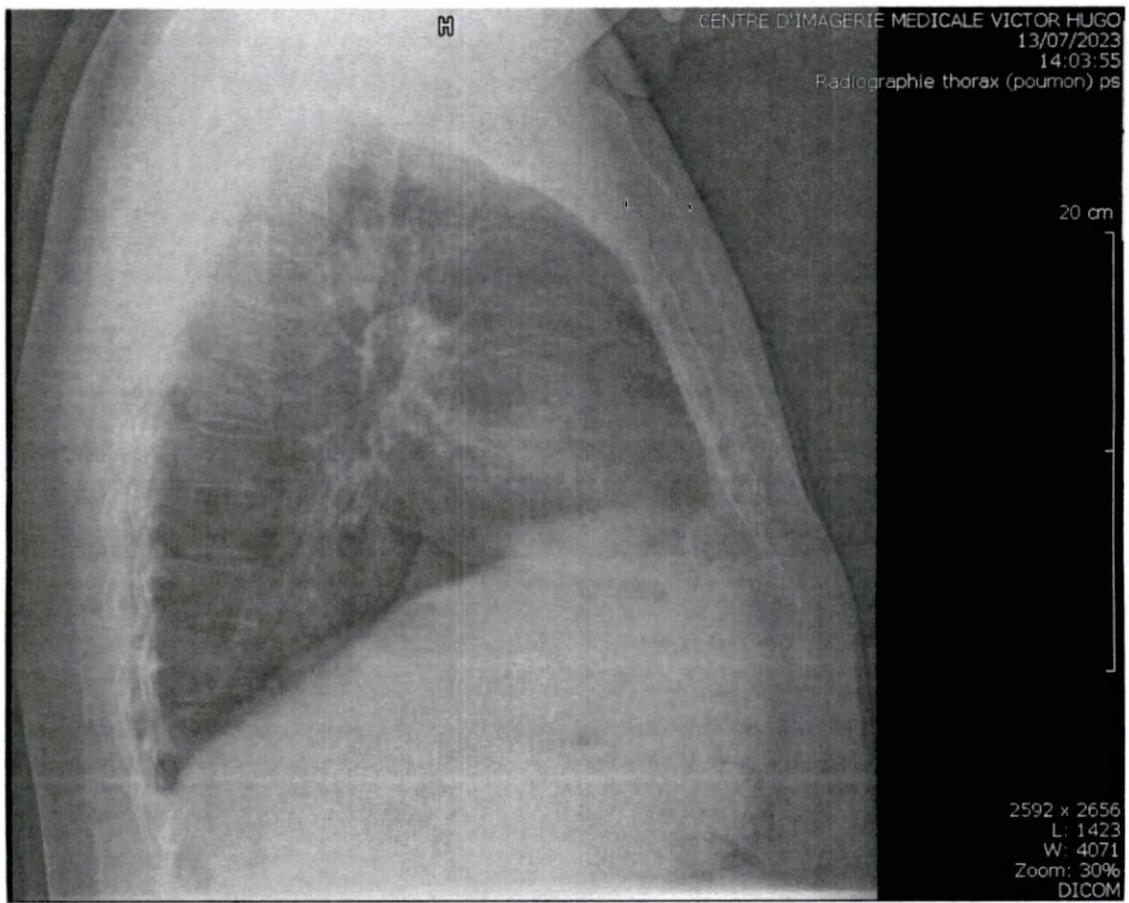
Silhouette cardio-péricardique de taille normale.
Absence de foyer parenchymateux systématisé d'allure évolutive.
Pas d'épanchement pleural.
Pas de pneumothorax.
Syndrome bronchique postérobasal bilatéral

Docteur Didier SOLIGNAC



Déclaration ASN : CODEP-MRS-2022-049498





Docteur Thierry CHERIFCHEIKH

Médecin généraliste

Maison Médicale Paul Valéry
Languedoc Mutualité Union Ambulatoire

271, Allée de bon accueil
34090 MONTPELLIER
Tel: 04.67.52.02.76

34 001 521 3

Montpellier, le 13/07/2023

HAILOUA ABDEL MOUNHIM, 61 ans.

KESTIN 10MG CPR 15 (Ebastine)
1 comprimé 1 fois par jour pendant 8 jours.

BRONCHODUAL 50/20MCG/DOSE INH 200 (Fénotérol + ipratropium)
1 bouffée 6 fois par jour pendant 8 jours.

PREDNISOLONE 20MG ARROW CPR EFS 20 (Prednisolone)
4 comprimés 1 fois par jour au cours du petit-déjeuner pendant 3 jours. à dissoudre dans un verre d'eau.
2 cp le matin et 1 cp à midi pendant 4 jours

ZITHROMAX 250MG CPR 6 (Azithromycine)
1 comprimé 1 fois par jour pendant 4 jours.



13 JUIL. 2023

CABINET DE RADIOLOGIE ET D'IMAGERIE MEDICALE

10, Boulevard Victor Hugo
34000 MONTPELLIER
Tél : 04 67 12 87 87 – Fax : 04 67 12 87 83

RADIOLOGIE GENERALE
ECHOGRAPHIE – DOPPLER
SENOLOGIE
RADIOLOGIE DENTAIRE
OSTEODENSITOMETRIE
SCANNER – IRM
RADIOLOGIE VASCULAIRE

Dr M.C. MAS

Dr J. FRAGA

Dr Ch. CALVET

Dr D. SOLIGNAC

Dr F. KLEIN

FACTURE MUTUELLE POUR REMBOURSEMENT TICKET MODERATEUR

Docteur SOLIGNAC Didier
06 Electroradiologue Conventionné
341746667

Facture du 13/07/2023 Numéro : 162307130084

Bénéficiaire HAILOUA
 Abdel

Assuré HAILOUA
 Abdel

Matricule

Régime / Caisse / Centre :

Date des actes : 13/07/2023
Actes facturés : ZBQK002 Z

Montant Total : 24,66 €

Taux de prise en charge AMO () 0,00 €

Taux de prise en charge AMC () 0,00 €

Payé par l'assuré : 24,66 €

Dr DIDIER SOLIGNAC
06 RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE
10 BOULEVARD VICTOR HUGO
34000 MONTPELLIER
Conventionné
341746667001 24106
CAB CONV ZID HK SPEC



Groupe Imacam
Imagerie Médicale

DOCUMENT A CONSERVER

HAILOUA Abdel

Numéro de dossier: 333001.8201915

le 13/07/2023

Madame, Monsieur,

Vous venez de passer un examen d'Imagerie Médicale dans l'un de nos centres de radiologie.

VICTOR HUGO Radiologie

Vous pouvez accéder à votre examen, votre compte rendu et l'imprimer à partir de n'importe quel type d'ordinateur (PC, Mac) connecté à internet. Vous pouvez également le faire à partir d'une tablette tactile ou de votre smartphone.

Pour accéder à vos résultats, il faut vous connecter à notre site internet: <https://radiologie34.com>

Dans la barre d'accueil en haut à droite choisir la rubrique

Mes résultats



Il vous faudra ensuite choisir l'accès patient du centre de radiologie dans lequel vous avez passé vos examens.
(VICTOR HUGO Radiologie)

Accès patient

Vous arrivez maintenant sur la page d'accueil de notre serveur de diffusion.
Vous devez saisir:

Votre numéro de dossier (333001.8201915)

ATTENTION: Bien mettre un point entre les 2 séries de chiffres.

votre date de naissance sous le format JJ/MM/AAAA

Puis cliquez sur **Connexion**

Vous avez la possibilité de consulter votre compte rendu d'examen (format PDF) et l'imprimer en cliquant sur:

«Télécharger mon compte rendu» *

Vous pouvez accéder à vos images:
Pour les afficher, double cliquez sur:
«Visualiser mes images»

The screenshot shows a table with columns: Date examen, Numéro de dossier, Description, Télécharger mon compte rendu, Visualiser mes images, and Télécharger mes images. The 'Télécharger mon compte rendu' column contains a download icon, and the 'Visualiser mes images' column contains a view icon. The 'Télécharger mes images' column also contains a download icon.

En cas de besoin(*), vous avez également la possibilité de **télécharger les fichiers images** en cliquant sur: **«Télécharger mes images»**. Ceci afin de les conserver sur un support numérique, ou de les transmettre à un praticien qui vous en aurait fait la demande.

ATTENTION: ces données sont personnelles et confidentielles : avant de les communiquer à qui que ce soit, assurez-vous que c'est absolument nécessaire et justifié.

Pour toutes remarques concernant votre prise en charge, Imacam met à votre disposition une boîte mail dédiée : imacamvousecoute@radiologie34.com vous permettant de dialoguer directement avec notre service qualité.

Veuillez noter qu'à cette adresse ne sera traité ni la prise de rendez-vous, ni les résultats d'examens.

(*): IMACAM conserve vos dossiers images pendant 3 ans pour les radiographies et échographies, et 5 ans pour les scanners, IRM, et mammographies.

En cas de pathologie au long cours, nous vous conseillons de télécharger et d'archiver vos examens sur un support numérique..

Maison Médicale Paul Valery

N° Finess : 34 0 01521 3

271, ALLÉE DE BON ACCUEIL

34090 MONTPELLIER CEDEX 5

Tél: 04.67.52.02.76 - Fax: 04.67.52.71.81

FACTURE

Fact / FSE **2 306 294 / 0**du: **13/07/2023**Praticien **CHERIFCHEIKH Thierry****01 Generaliste**

Page 1 of 1

Patient : HAILOUA Abdel Mounhim (N°: 2446779)

Né(e) le : 17/02/1962

Lien :

N° INSEE :

Risque :

Assuré : HAILOUA Abdel Mounhim (N°: 2446779)

Adresse : 180, Boulevard du consul de la mer

34000 MONTPELLIER

Date Soins	Cotation	Quantité	TRSS	E.D.	Montant
13/07/2023	GS 1	1,00	25,00	0,00	25,00
25,00 €					

Acquittée

Maison Médicale Paul VALERY
 271 Allée de bon Accueil
 34090 Montpellier
 Tél. 04.67.52.02.76

Montant des avances consenties	A la charge de l'assuré			
	25,00 €			
	Espèces	Chèque	C.B.	Autre
	0,00 €	0,00 €	25,00 €	0,00 €
Total :	0,00 €	Reste dû le	13/07/2023	0,00

**Facture**

Numéro de facture	Date	Code client
-------------------	------	-------------

230034021	13/07/2023
-----------	------------

342028842**PHARMACIE DU PIREE**

M. Morgan LAURE

Place Jean Bene

34000 MONTPELLIER

FRANCE

Tél : 04 99 13 65 50

Fax : 04 99 13 65 50

E-mail : pharmaciedupiree@gmail.com

HAILOUA ABDELMOUNHIM**34000 MONTPELLIER**

SIRET : APE :

TVA Intracommunautaire :

BNP 30004 02402 00010057853 48

Mode de règlement : Carte Bancaire

Echéance : 01/08/2023

Code13Réf	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Mt HT Net	%TVA
34009 2781332 0	EBASTINE BIOGARAN 10 MG CPR PE PLQ/30	1	5,0343	0,00	5,0343	5,03	2,1
34009 3910719 6	PREDNISOLONE BIOG20MG CPR OR	2	4,1626	0,00	4,1626	8,33	2,1
34009 3024134 9	AZITHROMYCINE BGA 250MG CPR 6	1	8,2370	0,00	8,2370	8,24	2,1
34009 3608699 9	BRONCHODUAL 50/20MCG AERO 2C	1	8,3546	0,00	8,3546	8,35	2,1

Quantité totale des produits : 5

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA
2,1%	29,95	0,00%	0,00	29,95	0,63
Totaux	29,95	0,00%	0,00	29,95	0,63

Total Net HT	29,95 EUR
TVA	0,63 EUR
Montant TTC	30,58 EUR

Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque, libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale.
En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros.

LOT : A230131
EXP : 03/2026
S/N : 59524408381062
PC : 03400939107196



PREDNISOLONE BIOGARAN® 20 mg

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

LISTE I. UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE.

CE MÉDICAMENT
+ GROSSESSE
= DANGER



Ne pas utiliser
chez la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative
thérapeutique

Pas de précautions particulières
de conservation.

TENIR HORS DE LA VUE ET
DE LA PORTEE DES ENFANTS

5039404

PREDNISOLONE BIOGARAN® 20 mg

TITULAIRE/EXPLOITANT : Laboratoires Biogaran
15, boulevard Charles de Gaulle - 92707 Colombes Cedex

Médicament autorisé n° 34009 391 071 96

20

COMPRIMÉS
ORODISPERSIBLES

BIOGARAN



PREDNISOLONE BIOGARAN® 20 mg

pour 2 malin 1 malin

VOIE ORALE

				PENDANT	ADULTE ET ENFANT DE PLUS DE 10 KG
MATIN				DURÉE	REPAS
MIDI					
SOIR					

20

COMPRIMÉS
ORODISPERSIBLES

0030000298

COMPOSITION :

Métaéulfobenzoate sodique de prednisolone 31,44 mg
Quantité correspondant à prednisolone 20 mg
Pour un comprimé orodispersible.

Ce médicament contient de l'aspartam, du sorbitol, de la maltodextrine (source de glucose) et de l'anhydride sulfureux (E220). Voir la notice pour plus d'informations.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale. Lire la notice avant utilisation.

19/24
© PHARMA
ARTICLE VIVE



Solution pour inhalation en flacon pressurisé

20 microgrammes par dose

50 microgrammes /

Bronchodial®.

Bronchodial®
50 microgrammes /
20 microgrammes par dose

Solution
pour inhalation
en flacon pressurisé

Tenir hors de la vue et de
la portée des enfants.

Bronchodial®
50 microgrammes /
20 microgrammes par dose

Solution
pour inhalation
en flacon pressurisé

Lire la notice avant
utilisation.

Bronchodial®

Bromhydrate de fénotérol /
Bromure d'ipratropium anhydre

50 microgrammes /
20 microgrammes par dose



Ne pas utiliser chez la
femme enceinte, sauf en
l'absence d'alternative
thérapeutique

Récipient sous pression :

A protéger des rayons du soleil et à ne pas
exposer à une température supérieure à 50 °C.
Ne pas percer ou brûler même après usage.

Médicament autorisé n° 34009 360 869 9 9

Voie inhalée.

Bromhydrate de
fénotérol 0,050 mg
Bromure d'ipratropium
anhydre 0,020 mg
sous forme de bromure
d'ipratropium monohydraté

Pour une dose
Flacon de 200 doses.

Solution pour inhalation
en flacon pressurisé



Bronchodial® 50 microgrammes /
20 microgrammes par dose

Titulaire/Exploitant :

BOEHRINGER INGELHEIM
FRANCE
100-104 avenue de France
75013 Paris

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

PC 03400936086999

315464-08

SN 10021839003983
Lot 203284
EXP 05 2025

(14)
19

AZITHROMYCINE BGR® 250 mg

COMPOSITION : Azithromycine 250 mg
Sous forme d'azithromycine dihydratée.
Pour un comprimé pelliculé.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :
Voie orale.
Lire la notice avant utilisation.



AZITHROMYCINE
BGR® 250 mg

BIOGARAN

6
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

804537500

AZITHROMYCINE BGR® 250 mg



115 (4j)

VOIE ORALE			ADULTE
JOUR 1	JOURS SUIVANTS	DURÉE	

AZITHROMYCINE BGR® 250 mg

TITULAIRE / EXPLOITANT :

Laboratoires Biogaran
15, boulevard Charles de Gaulle
92700 Colombes Cedex

Medicament autorisé n° 34009 302 413 4 9



AZITHROMYCINE BGR® 250 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

LISTE I. UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



CE MÉDICAMENT
+ GROSSESSE
= DANGER

Ne pas utiliser chez la femme
enceinte avant le 4^e mois
de grossesse, sauf en l'absence
d'alternative thérapeutique



PC : 034093024274
EXP : 03 2026
SN : 6865260709425
LOT : L230423



Pas de précautions particulières de conservation.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.