

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
25/10/2020			35,84 EURO	
01				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ABISROR 7 avenue de l'abbé Roger Derry 94400 Vitry-sur-Seine CONVENTION n° 94 201 107 3	31/01/2020	69,12 euros

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

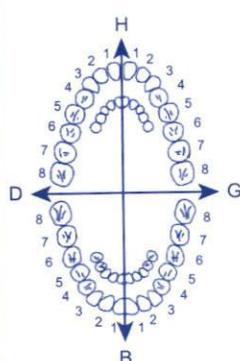
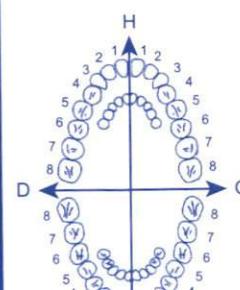
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

$$\begin{array}{c|cc}
 & H & \\
 \hline
 25533412 & 21433552 \\
 00000000 & 00000000 \\
 \hline
 D & \text{---} & \\
 00000000 & 00000000
 \end{array}$$

(Création, remont, adjonction)



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

Coefficient des travaux

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

feuille de soins - médecin

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

numéro de facture (facultatif)

date 25/01/2020

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 SEKKAKI Fougue

(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 JACQUELINE ALSINET

15

CONVENTIONNE

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

1 AVENUE DU GAL LECLERC

94400 VITRY SUR SEINE

Tél 0146823832

=> 94 1 04631 0 00 1 11 0 15 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 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 CNPSPY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement
25/01/2020	BJ QP002	1	1	26,24		
25/01/2020	BP BPA01	1	2	8,60		

J J M M A A A A

J J M M A A A A

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

35,84

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 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 maladie.

joindre la prescription
sauf si renouvellementFeuille de soins
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

779080

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 J J M M 31 01 2020

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 SEKKAK Fouzia

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

numéro d'immatriculation

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

date de naissance J J M M A A A A 1

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 PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

PHARMACIE ABISROR

ABISROR mme

50 PHARMACIEN

CONVENTIONNÉ

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE ABISROR
7 AVENUE DE L'ABBE ROGER DERR
7 RUE ABBE R DERR
94400 VITRY SUR SEINE
94201 VITRY SUR SEINE
Tél 0146806161

=> 94 2 01107 3 00 1 10 0 50 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom ALSINET Jacqueline

identifiant 10001196616

raison sociale

n° de la structure
(AM, FINES ou SIRET) 941046310

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 31012020 J J M M A A A A 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-	0te	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes	Mod.	Indic.	Date	Date
				c.	lab	dition.			utili.			presc	loc
PH4	3400941780486				2	1,87	3,74	BORAX A BORIQ ZENT SOL					
HD4					2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD4					
PAN	1396218(1)				2	3,67	7,34	ZYDUS Compr n tis st 7					
PH7	3400937689021				3	5,49	16,47	LACRIFLUID COLLYRE 60					
HD7					3	1,02	3,06	Honor. dispens. HD7					
AAD	1132471(1)				2	9,24	23,32	VISMED MULTI LUBR OCUL					
PH4	3400930145951				2	5,30	10,60	LEVOFREE 0,05% Collyr					
HD4					2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD4					
HDR					1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					

Imprimer les codes à barres

Coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PHARMACIE ABISROR

7 avenue de l'abbé Roger Derry

94400 Vitry-sur-Seine

CONVENTION n° 94 201 107 3 en euros

PAIEMENT

MONTANT TOTAL

6 9 , 1 2

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 fournisseur

ABISROR mme

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 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.

PHARMACIE ABISROR
mme ABISROR
7 RUE ABBE R DERRY
94402 VITRY SUR SEINE
Tel: 0146806161
N° SIRET: 82130576000018
Code NAF: 5230A - FR85402074207
FRANCE

CARTE BANCAIRE

A0000000421010

CB

1e 31/01/20 a 10:28:42

PHARMACIE ABISROR

94400

VITRY SUR

2511861

82130576000018

30002

*****4653

BOA7C56DA0107D80

103 001 022920

C

MONTANT= 69,12 EUR

DEBIT

TICKET CLIENT

A CONSERVER

Docteur Jacqueline ALSINET

OPHTALMOLOGUE

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Conventionné Secteur I

SUR RENDEZ-VOUS

1-3, avenue du Général Leclerc

94400 VITRY-SUR-SEINE

Tél. : 01 46 82 38 32

Urgences Ophtalmologie : 01 58 41 23 00

28.07.2020



Solution hyaluronate de sodium 0,18%

VISMED

Flacon de 10 ml, B/1
Horus Pharma

CVT/09/2015



Solution hyaluronate de sodium 0,18%
VISMED
Flacon de 10 ml, B/1
Horus Pharma

CVT/09/2015

1904ZY

2024-08

chondrite DÉKKAIL FOY



COMPRESSES NON TISSÉES STERILES
> OU = 65MM2 & < 100 CM2
BOITE DE 25 SACHETS X 2



500
07/2022



* 6 6 E T U 5 9 3 0 / B *

Travail yeux

1904ZY
2024-08



COMPRESSES NON TISSÉES STERILES
> OU = 65MM2 & < 100 CM2
BOITE DE 25 SACHETS X 2

CIP 3400930145951
LOT/BATCH H401
FAB/MANUF 02/21
EXP/EXP 02/2021



CIP 3400930145951
LOT/BATCH H401
FAB/MANUF 02/21
EXP/EXP 02/2021

Lot : 503
EXP : 08/2022



* 6 6 E T U 5 9 3 0 / B *

N° 3400941780486
N° médical autorisé
100941780486*

500
07/2022



N° AM
9410

IR FACTURE
INRAIRE MEDICAL



N° RPPS

10001196616

camment autorisé
100941780486*



* 6 6 E T U 5 9 3 0 / B *

PHARMACIE ABISROR
ABISROR mme
7 RUE ABBE R DERRY
94402 VITRY SUR SEINE
Tel : 0146806161
No SIRET : 82130576000018
Code NAF : 5230A - FR85402074207
FRANCE

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
	TVA		TTC	TTC
Patient: SEKKAK Fouzia Ordonnance 779080				
3400941780486 BORAX A BORIQ ZENT SOL	4	2	1,87	3,74
		OPTH 20		
	4	2	1,02	2,04
Honor. dispens. HD4				
3401060241988 ZYDUS Compr n tis st	6	2	3,67	7,34
	7,5x7,5cm		25Sach/2	
3400937689021 LACRIFLUID COLLYRE 60 UNIDOSES	4	3	5,49	16,47
		4	1,02	3,06
Honor. dispens. HD7				
3401047486692 VISMED MULTI LUBR OCUL	6	2	11,66	23,32
	10ML8			
3400930145951 LEVOFREE 0,05% Collyr s	4	2	5,30	10,60
	F1/5ml			
	4	2	1,02	2,04
Honor. dispens. HD4				
	4	1	0,51	0,51
Honor. dispens. HDR				
			Total TTC	69,12
			A Payer	69,12

TOTAL A PAYER : 69,12 (453,40F)
Montant HT : 63,22

Code	TVA	Taux	HT	TVA	TTC
	4	2,10	37,669	0,791	38,46
	6	20,00	25,550	5,110	30,66

CB : 69,12

Le 31/01/2020 à 10h29 Op. : 14 AMINA

Montants exprimés en Euros