

poste le 11/04/06 -

CABINET D'OPHTALMOLOGIE DES DRS PUYAL ET CLAUSEL  
CLINIQUE DU DR J.CAUSSE

3 Traverse de Béziers. 34440 Colombiers - france  
tel : 04.67.35.66.39 - fax : 04.67.35.66.51  
cause.ophtalmologie@wanadoo.fr

**Docteur Laurent CLAUSEL**

Chirurgie oculaire  
Chirurgie réfractive  
34 1 11384 3

Monsieur THOMAS Thibault

Colombiers, le lundi 20 mars 2006

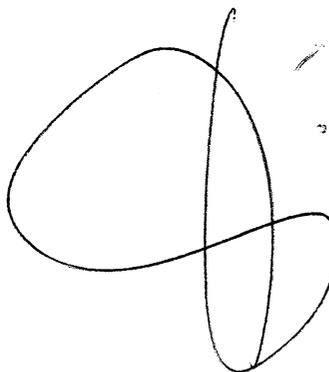
UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

PROGRESSIFS Teintés

Oeil Droit : (90° -1,00) -1,25 , Addition + 1,75

Oeil Gauche : (90° -2,00) -1,75 , Addition + 1,75 prisme intégré de 2 dioptries base ~~supérieure~~ <sup>supérieure</sup>

~~BRUEL OPTIQUE  
89, Avenue de la Plage  
34410 - SERIGNAN  
34 2 69597 0~~



CLINIQUE DU DR J. CAUSSE

Tél. 04.67.35.63.21(jour) - 04.67.35.62.49 (nuit) - fax 04.67.35.62.00  
<http://www.clinic-cause.com>



N° 11389\*03

joindre la prescription  
sauf si renouvellementfeuille de soins  
pharmacien ou fournisseurArt. 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 guerreFacture 6030125  
date 2 7 0 3 0 6

## PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E) (\*)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la zone "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse) THOMAS THIBAUT

(à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

numéro d'immatriculation 1 5 8 0 2 7 5 0 4 0 0 1 4

code de l'organisme  
de rattachement 1 2

en cas de dispense d'avance des frais

date de naissance 0 6 0 2 1 9 5 8 rang de naissance, si naissances multiples

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

nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

## PHARMACIEN ou FOURNISSEUR (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

identification du pharmacien ou du fournisseur

BRUEL OPTIQUE

89, AV DE LA PLAGE  
34410 SERIGNAN  
Tel : 04 67 32 25 93  
N° SS 34 2 69597 0

prescripteur

n° d'identification

3 4 1 1 1 3 8 4 3

nom CLAUSEL

prestation ou traitement prescrit le

20/03/2006

entente préalable du

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

 MALADIE exonération du ticket modérateur : non  oui  (si oui, cochez une case de la ligne suivante)soins en rapport avec ALD action de prévention  autre 

accident causé par un tiers

non oui 

date

J J M M A A A A

personne visée à l'art. L. 115  AT/MP

numéro

ou

date

## PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

tarification détaillée

Code TIPS	Tarif	Tips	Qté	Montant
2227038	10,37	1	1	401,00
2227038	10,37	1	1	420,00
2223342	2,84	1	1	139,00

2227038  
Verre blanc multifocal, >o  
u=18ans, Sphère de -8.00 à  
+8.002227038  
Verre blanc multifocal, >o  
u=18ans, Sphère de -8.00 à  
+8.00

Remise 94,00

2223342  
Monture, >ou= 18ans

## PAIEMENT (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

5 6 8 0 . 5 9

MONTANT TOTAL  
en euros

8 6 6 . , 0 0

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire signature du pharmacien  
et du fournisseurBRUEL OPTIQUE  
89, Avenue de la Plage  
34410 - SERIGNAN  
34 2 69597 0signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer 

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L. 377-1 et L. 471-3 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal). 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, 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.

(\*) voir notice au verso

Imp. COSTE Aubenas

UCANSS 09 2004

S 3115f

BRUEL OPTIQUE  
89, AV DE LA PLAGE  
34410 SERIGNAN

Te1 : 04 67 32 25 93  
N°SS 34 2 69597 0

Le 27/03/2006 à Sérignan

PATIENT: MR THOMAS THIBAUT  
9 IMP LES HAUTS DE SERIGNAN  
34410 SERIGNAN

PRESCRIPT.: CLAUSEL  
NOM ASSURE: THOMAS THIBAUT  
N° INSEE PRESC.: 341113843  
DT NAIS PATIENT 06/02/1958

ORDONNANCE DU 20/03/2006  
N°SS ASSURE: 1580275040014/12

CENTRE GEST.:

X DUPLICATA N° 6030125

MF Verre OD 6030125  
MF Verre OG  
MF Monture

No TIPS	TIPS	Facturé
2227038	10,37	401,00
2227038	10,37	420,00
2223342	2,84	139,00
TOTAL	23,58	960,00
- REMISE		- 94,00
NET FACTURE		866,00

Dont TVA 19,60% : 141,92 (HT: 724,08)  
Soit 5680,59 Francs

Signature client

**RAM Languedoc - Roussillon**  
ZAC Val de Croze  
Quai Flora Tristan  
34273 MONTPELLIER cedex 03

---