

N° Adh = N 156 320
N° AMC = 778542852

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

Nadège BASTIDE

OSTÉOPATHE D.O.

Diplômée de l'Institut Supérieur
d'Ostéopathie de Lyon

69 00 0050 0

110 chemin Saint Jean

69590 SAINT SYMPHORIEN SUR COISE

04 78 44 52 02

Thomas RODRIGUEZ

OSTÉOPATHE D.O.

Diplômé de l'Institut Supérieur
d'Ostéopathie de Lyon

D.U. de la faculté de Bordeaux en premiers
secours et soins en milieu sportif

69 00 1246 3

Date

06/07/2023

Note d'honoraires de M / M^{me} / Enfant

PRETIEUX Fabienne
2 Rue du chateaud 69510 MESSIMY

tarif de consultation 55 euros

exonération de la TVA: article 261-4-1 modifié du CGI

Reçu ce jour la somme de 55 euros

Date de naissance	10/10/1965
N° de sécurité sociale	216910691382112148

Cachet du praticien	Signature de l'assuré
<p>NADÈGE BASTIDE OSTÉOPATHE D.O. 110, CHEMIN SAINT JEAN 69590 SAINT SYMPHORIEN SUR COISE TEL 04 78 44 52 02 69 00 0050 0</p>	

Membre d'une association de gestion agréée, accepte à ce titre le règlement par chèque

Patient : VANBUNDEREN LUCIE (2420959512099)

Facture 000004738 du 03/03/2023

Assuré 2420959512099/43

Parcours de soins :

Le patient a déclaré un Médecin Traitant ('O')

Indicateur de Parcours de soins = Orienté par médecin traitant ('O')

Orienté par COUTER JEAN PIERRE

Destinataire : 01/597/0000 => 597/000

Nature d'assurance : Maladie

03/03/2023 : BJQP005 ATM (80,00€)

TOTAL : 80,00€ AMO : 40,32€ ASSURE : 39,68€

facture acquittée

Docteur Quentin CHATELAIN
ORL et chirurgien cervico-facial
1 bis, rue Lator, 59223 HONCHIN
RPPS : 1010145713

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

N^o ADHERENT
N 15 56 17.

Editer le titre

Actes de la facture 5566

Patient : MACKER LUCIE (2420959512099)

Facture 000005566 du 12/05/2023

Assuré 2420959512099/43

Parcours de soins :

Le patient a déclaré un Médecin Traitant ('O')

Indicateur de Parcours de soins = Orienté par médecin traitant ('O')

Orienté par COUTER JEAN PIERRE

Destinataire : 01/59777551 => 597/000

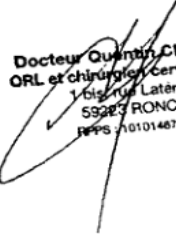
Nature d'assurance : Maladie

12/05/2023 : CERP003 ASS. [1] ATM (110,02€)

12/05/2023 : CDQP015 ASS. [2] ATM (23,41€)

TOTAL : 133,43€ AMO : 73,43€ ASSURE : 60,00€

facture acquittée


Docteur Quentin CHARLEY
ORL et chirurgien Service-facial
1 bis rue Latérale
59223 RONCQ
RPPS : 10101467676

SERVICE COURRIER LE
17 JUIL. 2023

N° ADMERENT
N 15 5617

SANDRÉ Camille
OSTEOPATHE EXCLUSIF D.O.
N° ADEL: 57000303 8
<i>Diplômée du Collège Ostéopathique Strasbourg Europe Agrée par l'Etat</i>
1 Rue du Buchwald 57450 THEDING
03 54 81 18 34
Consultation sur rendez- vous



QUITTANCE

SERVICE COURRIER LE

17 JUIL. 2023

V^o d'Adresse:
N 159428

<p align="center">Renseignements patient</p> <p>Mme KILL Nadine.....</p> <p>17 Rue des Neiges.....</p> <p>57980 METZING.....</p>

A la suite de la consultation du 04 JUILLET 2023, je présente à M^{me} KILL.....
suivant l'usage, ma note d'honoraires dont le détail se trouve ci-dessous :

Acte	Honoraires
Consultation ostéopathique	50 €

Cette note d'honoraire fait valoir ce que de droit.

A Thédning, le 04.07.2023

Camille SANDRE
Ostéopathe D.O.
N° 57000303 8
1 Rue du Buchwald 57450 THEDING
Tél. 03 54 81 18 34

Cette somme correspond à des honoraires non pris en charge par la sécurité sociale.



SELARL PHARMACIE DE GRAZAILLES
Mmes MILLARET ET BLANC
 1 Rue Cavailles
 11000 CARCASSONNE
 France

N° SIREN : 478615958
 N° TVA intracommunautaire : FR51478615958
 Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 04.68.25.30.06
 N° fax : 04.68.25.38.83
 E mail : pharmacie.grazailles@perso.alliadis.net

ROUSSEY JANINE

App 01 Bat a
 101 Av Claude Bernard
 11000 CARCASSONNE
 France

18 JUL. 2023

Caisse : 01 Opérateur n° 2 B5
 Client : ROUSSEY JANINE

adhérent
 4013313

Facture n° 315211 du 06/07/2023 - vente n° 123070600125

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Net HT (arrondi)	Taux TVA	Net TTC
34009 3021064 2	HAMAMELIS COMP BOIRON GTT 30ML	1	3,409	3,41	10,00	3,75
34009 3021063 5	HAMAMELIS COMP BOIRON TG	2	2,718	5,44	10,00	5,98
34003 0149812 9	CALCAREA FLUOR. 5CH TU GRAN.	2	2,718	5,44	10,00	5,98
34003 0527312 3	NUX VOM(COLUBR.) 5CH TU GRAN.	2	2,718	5,44	10,00	5,98
34003 0712222 6	SULFUR 15CH DO GLOB.	2	2,591	5,18	10,00	5,70
33527 1200794 3	DERMOPLASMINE MOUSSE CALENDULA 20G	1	9,333	9,33	20,00	11,20

Quantité Produit : 10

Banque: CL CARCASSONNE 04900

IBAN: FR46 3000 2049 0000 0070 1786 M31

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
10,00	24,90	2,49	27,39
20,00	9,33	1,87	11,20
Totaux	34,23	4,36	38,59

Part principale		Part assuré	38,59
Part complémentaire			

Net à payer	38,59
-------------	-------

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Réglée en CARTE BANCAIRE, date d'échéance : 06/07/2023

indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40 €. Si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.

Régle ce jour en C.B.

PHAR

06

Tél. 04 68 25 30 06

Identification de l'hôpital
CHU UCL NAMUR
SITE DINANT

Patient : LAUTH, SANDRINE
134 ALLEE DES ROSSIGNOLS
08600 GIVET

RUE SAINT-JACQUES, 501
5500 DINANT

Numéro I.N.A.M.I. : 7/10264/67/000

Numéro BCE : 0641733885

Téléphone : 082/21.28.46

LAUTH, SANDRINE

Numéro de facture : 234552568

Date de facture : 28/02/2023

Date d'envoi : 24/03/2023

Numéro de dossier : 0001761422

Numéro d'admission : 0100680035

Date de naissance : 4/07/1975

Mutualité (00098) : 319/5359101040775(180/712)

Soins du : 23/01/2023

au : 23/01/2023

134 ALLEE DES ROSSIGNOLS
08600 GIVET
FRANCE

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

Communication:

Toutes les prestations médicales (ou paramédicales) sont facturées par l'hôpital, le patient ne peut recevoir d'autre facture que celle établie par l'hôpital. Exceptionnellement, des facturations complémentaires, pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation, ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.

Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations : adressez-vous à votre mutuelle ou à l'hôpital.

1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Stat. Disp. (1)	Admission	Date	Code (4)	Nbre	A charge de la mutualité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
Honoraires remboursables								
Honoraires entièrement à charge de la mutualité						5,63		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité								
ANTONOPOULOU, KORINA-EFTHY	C	0100680035	23/01/23	469291	1	26,20	2,48	
CONSULTATIONS, VISITES ET AVIS	C	0100680035	23/01/23	105571	1	11,83	12,00	
ANTONOPOULOU, KORINA-EFTHY								
Sous-total 1 - Honoraires des prestataires de soins						43,66	14,48	0,00
TOTAUX						43,66	14,48	0,00
TOTAL à payer par le patient								14,48
Solde à payer par le patient au compte :								14,48
FR76 1020 6081 1100 1224 2474 028 BIC : AGRIFRPP802 AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE ++623/4552/56879+++								

N024 026

=====|

- (1) Conventionné (C) : le dispensateur est lié aux tarifs fixés dans une convention.
Partiellement conventionné (PC) : le dispensateur est certains jours lié aux tarifs fixés dans la convention.
Le dispensateur ou l'hôpital peuvent vous donner plus d'informations à ce sujet.
Non conventionné (NC) : le dispensateur n'est pas lié aux tarifs fixés dans une convention.
- (2) La rubrique "A charge du patient" comprend les montants personnels prévus légalement, des montants pour des produits non-remboursables (rubrique pharmacie), des montants pour des prestations pour lesquelles l'assurance maladie n'intervient pas (rubrique honoraires) et des "autres montants" (rubriques "Frais divers" et "Autres fournitures") et montants entièrement à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montants hors TVA)
- (3) Supplément : est facturé en plus du montant officiel des honoraires. Ces montants peuvent être facturés par des médecins non-conventionnés ou partiellement conventionnés et sont entièrement à charge du patient.
- (4) Vous pouvez trouver la description complète de la prestation et ses tarifs de remboursement en introduisant le code de celle-ci dans la banque de données "Nomensoft" disponible sur le site web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be>.

Numéro de facture : 232148188
Date d'envoi : 30/05/2023
Patient : FAY, ROMANIC

DÉTAIL DE LA FACTURE PATIENT

NISS : 76420236708

Page gén. : 4895
Page : 2
Référence établissement : 0100732841

Communication:

Toutes les prestations sont facturées par l'hôpital, le patient ne peut recevoir d'autre facture que celle établie par l'hôpital. Exceptionnellement, des facturations complémentaires, pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation, ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.

Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations : consultez la déclaration d'admission et les explications concernant la déclaration d'admission (le document que vous avez signé lors de votre admission) ou adressez-vous à votre mutuelle ou hôpital.

1. FRAIS DE SEJOUR OU DE READAPTATION				SERVICE COURRIER IE		
1.2. Frais de séjour hospitalisation de jour				A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
1.2.3. Forfait salle de plâtre	18/04/23			34,67		
Sous-total 1 - Frais de séjour				34,67	0,00	0,00
3. Pharmacie : médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux	Code	Nombre		A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
3.1. Médicaments						
3.2 Produits parapharmaceutiques PL. SCOTCHCAST 5CM	7799976	1			3,19	
Sous-total 3 - Pharmacie				0,00	3,19	0,00
4. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Date	Code (9)	Nbre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Honoraires remboursables						
Honoraires entièrement à charge de la mutualité				40,75		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément MEDECINE D URGENCE COLLET, AUREO	18/04/23	590671	1	13,18	23,36	
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins				53,93	23,36	0,00
5. Autres fournitures	Code	Nombre		A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
PLATRE - MEMBRES SUPERIEURS : POIGNET ET AVAN	690314			3,94		
Sous-total 5 - Autres fournitures				3,94	0,00	0,00
TOTAUX				92,54	26,55	0,00
TOTAL à payer par le patient						26,55
Solde à payer par le patient au compte :				FR76 1020 6081 1100 1224 2474 028 BIC : AGRIFRPP802 AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++623/2148/18838+++		26,55

Identification de l'hôpital
CHU UCL NAMUR
SITE DINANT

Patient : FAY, ROMANIC
ALLEE DES ROSSIGNOLS 134
08600 GIVET

RUE SAINT-JACQUES, 501
5500 DINANT

Numéro I.N.A.M.I. : 71026467000
Numéro BCE : 0641733885
Téléphone : 082/21.28.46

Numéro de facture : 232148188
Date de facture : 30/04/2023
Date d'envoi : 30/05/2023
Numéro d'admission : 0100732841
Numéro de dossier : 0001933846
Date de naissance : 2/02/1976
Mutualité (00098): 134/76420236708 (110/110)
Soins du : 18/04/2023
au : 18/04/2023

FAY, ROMANIC
ALLEE DES ROSSIGNOLS 134
08600 GIVET
FRANCE

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)	3,19
4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)	
Vos frais d'honoraires	23,36
Total des frais à charge du patient	26,55
Facturé à votre mutuelle	92,54

VOTRE TOTAL RESTANT A PAYER FR76 1020 6081 1100 1224 2474 028 BIC : AGRIFRPP802 26,55
AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++623/2148/18838+++