Emetteur : 767083298

DECAYEUX EUGENIE (EI)

Facture sécurisée n°001006846 du 15/06/2023

Montant total de la prestation :

16,13 Euros

Montant payé par l'assuré :

6,45 Euros

Régime : 01 Régime général

Organisme destinataire: 764

Centre informatique: 000

N° AMC

N° assuré :

2450476697004 13 Bénéficiaire : MAZIRE MICHELINE

Juin 2023 : 15

Prestations -> 1 AMS 7.5

Emetteur: 767083298

DECAYEUX EUGENIE (EI)

Facture sécurisée n°001006846 du 15/06/2023

Montant total de la prestation :

16,13 Euros

Montant payé par l'assuré :

6,45 Euros

Régime : 01 Régime général

Organisme destinataire: 764

Centre informatique: 000

N° AMC

N° assuré : 2450476697004 13

Bénéficiaire : MAZIRE MICHELINE

Juin 2023 : 15

Prestations -> 1 AMS 7.5

T = 25,80=

SERVICE COURRIER LE 1 7 JUIL. 2023

26 Masseur-kinésithérapeute 63 rue du foyer rural 76950 LES GRANDES VENTES 767083298

LES GRANDES VENTES, le 04/07/2023

Qui	ttance de la f	facture N	° 001006845		
Bénéficiaire des soins : MAZIRE MIC Né(e) le : 12				TOURRIER LE	
Assuré(e) : MAZIRE MICHELINE			,	_	
N° de Sécurité Sociale :	245047669700	)4	171	UIL. 2023	
Caisse : CPAM de Rouen-Elbeuf-Die	ope-Seine-Mar	itime (01 7	(64 0000)		
Ordonnance : prescrite le 10/05/2023 par Dr. ANTOINE SEN		1 00887 9)			
Détail de la facture :					
Facture établie le 15/06/2023 pour de	es soins disper	sés du 24	/05/2023 au 0	1/06/2023	
Montant dû par la caisse	29,04	Euros			
Montant dû par la complémentaire	0,00	Euro			
Montant dû par le patient	19,35	Euros			
Montant total	48,39	Euros			
Détail des prestations :					
3 AMS7.5					
Mai 2023 : 24, 26 Juin 2023 : 1					
Payé ce jour : 19,35 Euros			DI	ECAYEUX EUG	SENIE (EI)
☐ Chèque				S. September	
par Espèces				277	
□ CB				Report	

ALLOUCHERY COLINE

### CENVICE COLIRRIER LE

11/07/23

Médecine générale Identification 620033225 17 IUIL. 2023

Feuille de soins N° 000013499

#### QUITTANCE

Date de prescription

Bénéficiaire des Soins

LEBLANC BEATRICE (Assuré)

Adresse

Date de naissance

01/12/1950-1

No Immatriculation de l'Assuré 2501262034023

Identification de

régime 01, caisse 624, centre 8341

l'Organisme destinataire

Nature de l'assurance

maladie

Situation dans le parcours de soins Médecin traitant

Mode de Règlement

Acte(s)	Taux
G 1	70 %

Montant Facturé	Montant A.M.O.	Montant A.M.C.	Montant Assuré
25.00 E	17.50 E		7.50 E

Identification de l'Organisme Compl.

154 589



5 Rue des Genêts,

53410, Saint-Pierre-La-Cour

Tél: 06 59 03 35 82

N° SIREN: 901144535

N° ADELI: 530001296

SERVICE COURRIER LE 17 JUIL. 2023

> À l'attention de : Yolande CROISSANT 3 Le Chemin de la Croix 53470 Sacé

### **Notes d'honoraires**

Facture 2301179

Nom: Yolande CROISSANT

Adresse : 3 Le Chemin de la Croix 53470 Sacé

Date de naissance : 23/02/1951 Numéro de sécurité sociale :

Date de consultation: 09/05/2023

Montant : 55.00 € Règlement : Réglée

> Alexis BONNARD Ostéopathe D.O. 5 Rue des Genêta

53410 Saint-Pierre da C ADELL: 530001296 SIRET: 901 14 535 00019 ALLOUCHERY COLINE

# SERVICE COURRIER LE 11/07/23 1 7 JUIL. 2023

Médecine générale Identification 620033225

Feuille de soins N° 000013498

#### **OUITTANCE**

Date de prescription

Bénéficiaire des Soins

LEBLANC JOSEPH (Assuré)

Adresse

Date de naissance

29/12/1948-1

No Immatriculation de l'Assuré 1481262846077

Identification de

régime 01, caisse 624, centre 8341

l'Organisme destinataire

Nature de l'assurance

maladie

Situation dans le parcours de soins Médecin traitant

Mode de Règlement

Acte(s)	Taux
G 1	70 %

Montant Facturé	Montant A.M.O.	Montant A.M.C.	Montant Assuré
25.00 E	17.50 E		7.50 E

Identification de l'Organisme Compl.

er dadesier 154589

## BETABLIGSEMENT DE SANTE PUBLICE BONDEREAU DE FACTURATION DESTINE À L'ASSURANCE MALIADIE COMPLEMENTAIRE I

Date d'élaboration 05/07/2023

_	_																		
Identii	fication	de l'org	anisn	ne compléme	entaire				(	Code	PRECO	NIS		Adress	e 6 RUE PAUL MO	REL			
MÜ	TUELLE	PRECO	NIS												70000		VESOUL	CEDE	(
Identi	fication	de l'étal	olisse	ment	N° Fines	s 69000	2092		Code		Τ				à rappeler				ignature de
CLIN	IQUE N	OTRE D	AME						catégo	ie			Clé de la facture	С					l'assuré(e)
4 PL	ACE GR	ANDCL	MEN	Ī					161				N° de Lot						
6962	8 VILL	EURBA	NNE	CEDEX									N° de facture	232164			L		
Domic	iliation b	ancaire	de l'ét	ablissement	ORSA	C CLINIQUE NOT	RE DAME LO	L					N° d'entrée	232164	2			Absen	ce de signature
	CCP ou			02	Guich	et 01958	Compte	0000	062043U			Clé 90	N° PEC AMC						ΪX
	<u>éficiaire</u>		_	(1) 511015	0.000								aire du contrat AMC	0.50 0.05					
	le naissa il v a lieu			n(s) ENGLE age ENGLE	R CINDY	,						I .		GLER CIND GLER GON					
_	natricula	_		2810769		07					Nº imma	triculation et clé 2			162		Nº do	contra	/ adhérent(e)
	organism					Date et rang	to naissance	11	/07/1981	1		53 RUE JEAN JAL							l'EP ou la carte
	itre gesti			1895	91		t hospitalisation		/07/2023	_ '	Mulcase	69100 VILLEUR							
Entrée		5/07/20		1000		Sortie le	( nospitalisation		/07/2023			03100 VILLEOI	IDAMIL						
Littlec						OUT TO				de pr	ise en ch	narge du bénéficiair	re des soins					_	
Malad	ie X		_		Accident c	ausé par un tiers		·····							Non X	Oui [	Si oui, d	ate	00/00/00
Mater				1	AT/MP				Exonér	ation fo	orfait jour	nalier	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		Non X	Oui [			Moselle
olume e										(i)	g de sin	icture et de soins						_	
Transfert	Mode de traitement DCS DMT DMT PMT PMT PMT PMT PMT PMT PMT PMT PMT P				Prix Unitaire			Coefficient	Montant facturé	Base de remboursemen	nt Régime obligatoire			Montant AMC		Reste à charge			
Ta	Mod		٥	ricatations						Qua	e #		régime obligatoire				tiers payant		pour l'assurée
						Du	Au				L			Taux	Montant				
П											Τ					П			
											1							- 1	
											1								
											1								
			П																
															ĺ				
			Ш		_					S	ous-total	1 0.00	0.00	)		0.00		0.00	0.00
- 1/			_			A1	- ANDES	** D.	duite de la			es et spécialités ph			, 00		2 0 00		12870
Т				/ fe	T T	2		UIA.	The Carl	بالمعتبي		a st speciality pil		Γ		Т		Ī	
fen	Mode de traitement	Ę	s	Desetations		N° identification	Date		Prix unita		tité		Base de remboursement	R	égime obligatoire		Montant AMC	en	Reste à charge
Transfert	Mode	₽MG	sod	Prestations		prescripteur	d'implantation		tarif d référen		Quantité	Montant facturé	régime obligatoire	] "	ogo obligatorio		tiers payant		pour l'assurée
	-										_			Taux	Montant				
$\neg$																		٦	
														1					
			Ļ	בטעוכד י	701100			_		Sou	s-total 2	0.00	0.00			0.00		0.00	0.00
			1	FRVICE	, iiiKk	KIER L <b>e</b>			5		otal 1 + 2	0.00				0.00		0.00	0.00
						-					_	-			-	_		+	

17 IUIL. 2023

Feuillet 1 / 2

		,								des hone	reire	ny feett	param	edica	ux et ac	0.00	Laboratoke						
Transfert	Numéro de case	N° d'identification prescripteur	Spécialité	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	Code cormention	Date des actes	Date de la prescription		Localisation dentaire	Prix unitaire	Elémo de tarifica Modifi- ( cateur r e		Quantité coefficient ou dénombre ment	Coefficient association	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire	Régin Taux	ne obligatoire Montant	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
SSS	1 1 1 1	69002092 690002092	33 33 33	69002092 69002092	33 33 33	20 20 20	1 1 1	05/07/23 05/07/23 05/07/23	05/07/23 05/07/23	ACE CNP MCS		39.00			1.00		39.00		39.00 5.00	70.00		11.70	
Sous-total 3 44.00 44.00 0.00 13.20 0.00  Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1 N° FINESS établissement 2																							
MAN B*	DATA	provisoire - N° I IRE(S)	rines		t 1		_	N° 1	B,	NDATAIRE(S)	_	N° FINESS		Guich		N°	•	_	MANDATAIRE B*			N° Guichet	_
Comp		r ou banque		Cle						mpte	ique			ouicni Cle	o.				Compte	u panque		Cle	
Mont	tant fa	acturé par le pra	aticien							(/								_					
N°1	DEV	EZE TRAÇKOE	N LA	UR N°2				N°3			N°4				N	°5			N°6			N°7	
ADEI €		690002092 13.20		ADELI €				ADE €	LI		ADE €	LI				DELI			ADELI €			ADELI	
MOI	NTAN	IT TOTAL en	euro	os (1+2+3)					44.0	0 €	$\Box$	Rappel d	u num	éro	de facti	ıre	232164	201					

## METABLISSEMENTIDE SANTE PUBLICE BORDEREAU DE PACTURATION DESTINE A L'ASSURANCE MADADIE COM DEMENTAIRE

Date d'élaboration 21/06/2023

Ident	ification	de l'org	anisr	ne compléme	entaire				Code	PRECO	NIS		Adress	e 6 RUE PAUL MO	REL			_
M	UTUELLE	PRECO	NIS											70000		VESC	UL CEDE	X
CLII 4 PI	ification NIQUE N LACE GF 28 VIL	OTRE D	AME EMEN	ΙΤ	N° Fines	s 690007	2092		ode atégorie 31			Clé de la facture N° de Lot N° de facture	Référence C 232154	à rappeler 401				Signature de l'assuré(e)
				tablissement	ORSA	CLINIQUE NOT	RE DAME LO	CL		_		N° d'entrée	232154	4		1	Absen	ce de signature
Centr	e CCP o	u banque	300	002	Guich	et 01958	Compte	000006204	3U		Clé 90	N° PEC AMC						X
_	néficiair										<del></del>	aire du contrat AMC						
	de naissa			n(s) ENGLE age ENGLE	R CINDY	,					1	, , , , ,	GLER CIND GLER GON					
_	matricula				9384113	07				N° imma	triculation et clé			<u> </u>		N°	de contra	t / adhérent(e)
	organisr					Date et rang o	de naissance	11/07/19	81 1		53 RUE JEAN JA							l'EP ou la carte
	ntre gest			1895			t hospitalisation	21/06/20			69100 VILLEU							
Entré		21/06/20				Sortie le		21/06/20	23									
	Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins																	
l	die X					ausé par un tiers							,,	Non X	Oui [		i, date	00/00/00
Mate	rnité 🗍				AT/MP			E	xonération fo	,	nalier Icture et de soins			Non X	Oui	Régir	me Alsace	Moselle
-		mane or	1		<u> </u>				T	I	ictare et de soms		T					
Transfert	Mode de traitement	Période  Prestations			Prix Unitaire		Coefficient	Montant facturé	Base de remboursemen régime obligatoire	nt Régime obligatoire			Montant AMC en tiers payant		Reste à charge pour l'assurée			
						Du	Au			L°.		_	Taux	Montant				
										$oxed{oxed}$								
										ous-total			0		0.00		0.00	0.00
						, .		Produits	de la LPP f	acturable	s et spécialités ph	armaceutiques	т	į.	-			
Transfert	Mode de traitement	DMT	sod	Prestations		N° identification prescripteur	Date d'implantation	t	unitaire / tarif de eférence	Quantité	Montant facturé	Base de remboursemen régime obligatoire		égime obligatoire	_	Montant AM tiers paya		Reste à charge pour l'assurée
_			Н		$\vdash \vdash$		_	<del>                                     </del>					Taux	Montant				
		/FI	VĮ.	LE CVIID	pirol	<u> </u>												
			1	7 1111L. 21	יייבוי [	C .				s-total 2_ tal 1 + 2	0.00			,	0.00		0.00	0.00
			1	/ IIII. 7/	177				30us-10	udi i † Z	0.00	0.00	,		0.00		0.00	0.00

X-111-7-1		TEPT	,	ļ.,			_			eleve des hono	raires	mádicaux,	param	édicz	ux et ac	tes de	laboratoire		A M A M ARTHUR M			K)(	\\.
Transfert		N° d'identification prescripteur	Spécialité	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	Code corprention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Localisation dentaire	Prix unitaire	Eléme de tarifica Modifi- ( cateur re	ent ation Code remb.	Quantité coefficient ou dénombre ment	Coefficient association	Honoraires facturés	Dépassement.	Base de remboursement régime obligatoire	Régim Taux	ne obligatoire Montant	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurè(e)
S 11 S 11		69002092 69002092	33 33 33	69002092 69002092	33 33 33	20 20 20	1	21/06/23 21/06/23 21/06/23	21/06/23 21/06/23 21/06/23	ACE CNP MCS		39.00		ховр	1.00		39.00		39.00	70.00 70.00 70.00		11.70	
	_														Sous-t	otal 3	44.00		44.00		0.00	13.20	0.00
Transf	fert n	rovisoire - Nº	FINES	SS établissemen	t 1							N° FINESS	établisse	emen			- 1.00	_	77,00		9.00	. 10.20	
MAND/	ATAI				chet			N° 1	B*	NDATAIRE(S)  Intre CCP ou bar  Impte			G	Guiche Cle		N°			MANDATAIRE B* Centre CCP o			N° Guichet	
Montar	nt fac	cturé par le pra	iticien																•				
ADELI €	69	ZE TRACKOE 90002092 3.20		ADELI €				N°3 ADE			N°4 ADE	ELI			A				N°6 ADELI €			N°7 ADELI €	
	n du pr oligatoi	re.		OS (1+2+3) Tenseignement de ce	lui-ci sur	le fand	ement	fu bordereau de	44.0 facturation du	0 €	Ц	Rappel d	u num	éro	de facti	ıre	232154	401				- 0000	Feuillet 2 / 2

Madame BEN SLAMA-PERON NOURA

23/06/23

Gastro-enthérologie Identification 691709026

Feuille de soins N° 000006860

#### QUITTANCE

Date de prescription

Bénéficiaire des Soins

LAKEHAL LEILA (Assuré)

Adresse

Date de naissance

20/10/1975-1

No Immatriculation de l'Assuré 2751099352700

régime 01, caisse 691, centre 4200

Identification de l'Organisme destinataire

maladie

Nature de l'assurance Situation dans le parcours de soins Médecin orienté par le MT : TALBI LEILA

Mode de Règlement

Acte(s)	Taux
APC 1	70 %

SERVICE, COURRIER LE 1 7 JUIL. 2023

Montant Facturé	Montant A.	M.O. Montant	A.M.C.	Montant Assuré
55.00 E	38.50 E			55.00 E

Identification de l'Organisme Compl.

No Adherent: N160702