



Association des Anesthésistes

Clinique Lambert 65-67, avenue Foch-92250 La Garenne
Colombes

Téléphone : 0146497135

Dr Nathalie Alihonou
Guelimi

Dr Nawal

Dr Aldjia Graine

Dr Bara Diagne

Dr Marc Solier

**FACTURE DESTINEE
A LA MUTUELLE**

MR DOMINGUES GONCALVES LEONEL

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur BARA DIAGNE
complémentaires

vous adresse selon l'usage la note de ses honoraires

qui s'élève à 60

Euros pour ses actes du 26/06/2023

Endoscopie

Cette somme correspond à la fraction d'honoraires non prise en charge par la Sécurité Sociale et peut être remboursée, en totalité ou en partie, par votre Mutuelle.

Je vous remercie par avance de votre règlement

La Garenne Colombes
Le 26/06/2023

Facture acquittée le

26/6/2023



PAYÉ

SERVICE COURRIER LE

17 JUIL. 2023

ETABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS BORDEREAU DE FACTURATION DESTINÉ A L'ASSURÉ

Date de la facture 27/06/2023

1

Identification de l'établissement CLINIQUE LAMBERT 65-67 AVENUE FOCH 92250 LA GARENNE COLOMBES	N° FINESS 920300415	Code Catégorie 365	Coefficient MCO Coefficient HAD	Références à rappeler Clé facture C N° de lot N° facture 100155685-0 N° d'entrée 230004714 N° PEC AMC	Signature de l'assuré(e) Absence de signature
Domiciliation bancaire de l'établissement NOEMIE-BNP-SEJOUR Centre CCP ou banque 30004 Guichet 01896 Compte 00010027253 Clé 13					
Le bénéficiaire des soins Nom de naissance et prénoms(s) DOMINGUES GONCALVES LEONEL (suivis s'il y a lieu du nom d'usage)			L'assuré(e) titulaire du contrat AMC (mentionné sur l'E.P. ou sur la carte) Nom de naissance et prénoms(s) (suivis s'il y a lieu du nom d'usage)		
N° d'immatriculation et clé 1511099139496 69 Code organisme de rattachement 01 921 Date et rang de naissance 06/10/1951 1 N° centre gestionnaire 0000 Date début hospitalisation 26/06/2023 Entrée le 26/06/2023 Sortie le 26/06/2023			N° d'immatriculation et clé Adresse 143 Rue des Renouilliers 92700 Colombes		N° contrat/adhérent (mentionné sur E.P. ou carte)

Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins

Maladie X	Accident causé par un tiers	Non	Oui	Si oui, date	
Maternité	AT/MP	Exonération forfait journalier	Non	Oui	Régime Alsace Moselle

Frais de structure et de soins

Tr	MT	DMT	DCS	Prestations	Période		Prix unit	Qte	Coef	Mt	Régime oblig	Régime obligatoire		Mt AMC	Reste à charge
					Du	Au						Taux	Montant		
				SERVICE COURRIER LE											
				17 JUIL 2023											
Sous-total 1															

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire

Tr	N°	N° identific prescript	Sp	N° identific exécutant	Sp	Ta	Cv	Date des soins	Date prescript	Code regroup lettre clé	Loc dent	Prix unitaire	Eléments		Qte	Coef assoc	Honoraires facturés	Dp	Base de rbt régime obl	Régime oblig		Mt AMC en tiers payant	Reste à chg pour l'ass
													Modif	Rbt excp						Taux	Montant		
1		921123618	08	921123618	08	11	1	26/06/23		ATM		96,00			1		48,00		48,00	100	48,00		
2		921196689	02	921196689	02	31	3	26/06/23		ADA		48,00			1		24,00		24,00	100	24,00		
2		921196689	02	921196689	02	31	3	26/06/23		ADA		53,89			1		113,89		53,89	100	53,89		60,00
1		921123618	08	921123618	08	11	1	26/06/23		ADC		202,03			1		262,03	DP	202,03	100	202,03		60,00

SERVICE COURRIER LE
17 JUIL. 2023

**FACTURE DESTINEE
A LA MUTUELLE**

Facture 100155685 Dossier 230004714 Sous-total 3 447,92 327,92 327,92 120,00

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2			
Mandataire(s) N°12		Mandataire(s) N°		Mandataire(s) N°			
B		B		B			
Centre CCP ou banque		Centre CCP ou banque		Centre CCP ou banque		Guichet	
Compte		Compte		Compte			
Montant facturé par le praticien							
n° 1	n° 2	n° 3	n° 4	n° 5	n° 6	n° 7	
ATLANI MARC	DIAGNE BARA						
ADELI 921123618	ADELI 921196689	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	
60,00	60,00						
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 447,92				Rappel du numéro de facture 100155685-0			

L'émission du présent bordereau atteste du renseignement de celui-ci sur le fondement du bordereau de facturation du régime obligatoire.

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

Salutations

M. Cantuier Raymond
20 rue des Frères Perrier
59200 Lannoy

n° d'affranchissement H 130 680

ma facture
Je vous fais parvenir
sur facture que j'ai payé
ou radiologie

Chers,

Dr JANDEAUX Christophe
10101062213
CIM Tourcoing
1, quai du Havre

59200 TOURCOING

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

Madame VANRULLEN RAYMONDE
20 RUE DES FRERES BRUNEEL

59200 TOURCOING

A TOURCOING, le 10/06/2023

NOTE D'HONORAIRES ACQUITTÉE

Patient (e): Madame VANRULLEN RAYMONDE

Né (e) le : 14/01/1934

Assuré (e) : VANRULLEN RAYMONDE

Centre SS : CPAM DE ROUBAIX-TOURCOING

N° SS : 234016277101212

Médecin Prescripteur : Docteur VERHENNE Donatien*

Radiologue : Docteur JANDEAUX Christophe

Date de l'examen : 10/06/2023

N° de facture : 230610315

Payé

Montant total	Cotation	Code acte CCAM	Prise en charge Sécurité Sociale	Prise en charge Mutuelle	Part Patient
68.94 (FT + honoraires)	ADI ADI	NFQK003 NAQK023	48.26 + 0	0	20.68

Dont dépassement maîtrisé dans le cadre de l'option pratique tarifaire maîtrisée : 0,00

Signature/Cachet du Praticien,
Dr JANDEAUX Christophe
10101062213

IMANORD

1 QUAI DU HAVRE
59200 TOURCOING
Tél. 03.20.26.48.46
Fax 03.20.36.53.61

Ce document est à adresser à votre mutuelle.

Ne pas l'adresser à votre caisse d'assurance maladie à qui nous envoyons une feuille de soin électronique par télétransmission.



CABINET OSTÉOPATHIE A. PAUSET

Entreprise Individuelle EI

Diplôme d'ostéopathe DO de l'ISOGM

Praticien réflexe par Arc-En-Flex

Désengrammation par Jean-Philippe FOISSY

FACTURE N°0850

Mardi 11 JUILLET 2023

03 84 96 27 46

2 chemin des vignes route de

Port sur Saone

70 360 SCEY SUR SAONE

Madame MARCHAND Antinéa

4 grande rue du bourg

70360 SCEY SUR SAONE

M.M.C :
N° ADHÉSION P004278-

N° Sécurité Sociale :

254035403906442

SERVICE COURRIER LE

17 JUIL. 2023

Description	Quantité	Prix à l'unité	Coût
Séance d'ostéopathie <small>Prestation de service</small>	1	€ 50,00	€ 50,00
			Sous-total € 50,00
			Total € 50,00

ADELI : 70 00000 86

SIREN : 532 637 527

Signature
Signature

RÉGLÉE

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

COUPON REPONSE

Je vous remercie de bien vouloir interrompre les échanges NOEMIE auprès de l'organisme d'Assurance maladie dès que possible pour :

Nom Prénom	Numéro de sécurité sociale	Date de naissance
PIARD Henri (Hans)	1 46 11 99 109 125 49	25-11-46

Date : 11-07-23

Signature :



N° adhérent :

N 007 813

Merci

SERVICE COURRIER
17 JUL. 2023

Poul de Clark
le 7/6/2023

Monsieur LABARDE Thierry
n° d'Assuré K 485 192

Madame Mousier

Je vous adresse des paiements
d'examen resté à ma charge
il ne vous en reste pas reconnaître
ma mufelle.

D'avance merci. Bien
cordialement

~~Fabrice~~

