

Identification de l'hôpital
CHU UCL NAMUR
SITE DINANT

Patient : FAY, SARAH
ALLEE DES ROSSIGNOLS 134
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

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

FAY, SARAH

ALLEE DES ROSSIGNOLS 134
08600 GIVET
FRANCE

Numéro de facture : 234586845
Date de facture : 30/04/2023
Date d'envoi : 25/05/2023
Numéro de dossier : 0001940269
Numéro d'admission : 0100734039
Date de naissance : 2/11/2001
Mutualité : 134/01510204016 (110/110)
Soins du : 20/04/2023
au : 20/04/2023

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						37,30		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité								
Demandé par : VANDENBOSSCHE, PIERRE CLOSSET, MELANIE	C	0100734039	20/04/23	593014	1	25,99	12,96	
MEDECINE D URGENCE VANDENBOSSCHE, PIERRE	C	0100734039	20/04/23	590553	1	24,17	23,36	
Sous-total 1 - Honoraires des prestataires de soins						87,46	36,32	0,00
TOTAUX						87,46	36,32	0,00
TOTAL à payer par le patient								36,32
Solde à payer par le patient au compte :								36,32
FR76 1020 6081 1100 1224 2474 028 BIC : AGRIFRPP802						AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++623/4586/84518+++		

- =====|
- (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>.

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. : 7/10264/67/000
Numéro BCE : 0641733885
Téléphone : 082/21.28.46

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

FAY, ROMANIC

ALLEE DES ROSSIGNOLS 134
08600 GIVET
FRANCE

Numéro de facture : 234571176
Date de facture : 31/03/2023
Date d'envoi : 27/04/2023
Numéro de dossier : 0001933846
Numéro d'admission : 0100709621
Date de naissance : 2/02/1976
Mutualité (00098) : 134/76420236708 (110/110)
Soins du : 13/03/2023
au : 13/03/2023

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						179,42		
Honoraires partiellement à charge de la mutualité								
IMAGERIE MEDICALE								
Demandé par : CARUSO, FREDERIC								
PONCELET, VINCENT	C	0100709621	13/03/23	453530	1	85,55	2,48	
PONCELET, VINCENT	C	0100709621	13/03/23	460795	1	22,64	7,44	
DION, BRICE	C	0100709621	13/03/23	458673	1	99,16	2,48	
MEDECINE D URGENCE								
VANDEBOSSCHE, PIERRE	C	0100709621	13/03/23	590553	1	24,17	23,36	
Demandé par : CARUSO, FREDERIC								
BAREILLE, MARION	C	0100709621	13/03/23	593014	1	25,99	12,96	
Sous-total 1 - Honoraires des prestataires de soins						436,93	48,72	0,00
2. Pharmacie : médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux		Admission	Date	Code	Nbre	A charge de la mutualité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
2.1. Médicaments								
Médicaments remboursables								
Montant médicaments en partie à charge du patient								
NACL 0,9% 50 ML VIAFLO		0100709621	13/03/23	0771600	1	0,94	0,31	
ULTRAVIST 370 MG/ML FL INJ 500		0100709621	13/03/23	0784199	10	21,51	8,44	

Numéro de facture : 234571176
Date d'envoi : 27/04/2023
Patient : FAY, ROMANIC

Page gén. : 19166
Page : 2
Référence établissement : 0001933846

	A charge de la mutualité	A charge du patient (2)	Supplément (3)
Sous-total 2 - Pharmacie	22,45	8,75	0,00
TOTAUX	459,38	57,47	0,00
TOTAL à payer par le patient			57,47
Solde à payer par le patient au compte :	FR76 1020 6081 1100 1224 2474 028 BIC : AGRIFRPP802 AVEC LA COMMUNICATION STRUCTUREE +++623/4571/17663+++		57,47

- (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>.



LIÈGE
37, rue Bureau
B-4620 Fléron
04 227 15 15

NAMUR
133, rue J. Durieux
B-5001 Namur
081 200 900

patient@laboreunis.be
www.laboreunis.be



JJBEA1100900244862279

FAY ANAELLE
allée des rossignols 134

08600 GIVET

FACTURE

Prescription du 07/04/2023
Recue le 07/04/2023
par le Docteur CHISHOLM Jennifer
N° de demande 231450859
Facture n° 23057865
Date Facture 30/04/2023

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

le 03/05/2023

CODE	LIBELLE	MONTANT PAR [O.A.]	A PAYER PAR LE PATIENT
555015	GROUPE ABO-RH1	1.30	
CARTE	Carte de groupe sanguin		2.50
551154	HEPATITE C	2.16	
550196	Rech Chlamydia trachomatis + Neisseria	10.39	
552016	Rech. agents infect. par techn.	2.16	
592992	Supplément dispensateurs accrédités	0.55	

CODE	LIBELLE	MONTANT PAR [O.A.]	A PAYER PAR LE PATIENT
555030	Dét du phénotype RH AgRH2(C),RH3(E).	2.16	
551390	Ag. surf Hep B	2.16	
552731	SYPHILIS TPHA	2.16	
551736	HIV I+II	2.16	
593014	Honoraires forfaitaires	25.99	12.96

Montant à charge
de l'Organisme Assureur (OA) € 51.19

A PAYER 15.46 €
TOTAL A CHARGE DU PATIENT

à payer sur le compte bancaire
BE63 0689 4029 6708

REFERENCE A RAPPELER OBLIGATOIREMENT LORS DU PAIEMENT
+++012/3057/86576+++

Ce montant représente le ticket modérateur et les frais non pris en charge par votre mutuelle. Veuillez mentionner la communication reprise sur le bulletin de virement. Le détail des prestations est consultable à l'adresse suivante <http://www.inami.fgov.be/fr/programmes-web/Pages/NomenSoft.aspx>. Sauf stipulation contraire, nos factures sont payables au plus tard 30 jours date de facturation. Le non-paiement à l'échéance entraînera de plein droit et sans mise en demeure, l'application d'une clause pénale de 15 % des sommes dues avec un minimum de 40 € et d'un intérêt de retard de 12 % l'an. Chaque rappel envoyé sera facturé à raison de 7 €.

Les indemnités ici indiquées sont conclues de manière réciproque.

Vous pouvez retrouver nos conditions générales sur notre site : www.laboreunis.be

+++012/3057/86576+++

n° d'entreprise 0427.701.407

PHARMACIE COURTECUISSÉ SELARL
 Catherine COURTECUISSÉ
 4 RUE JULES FERRY
 59552 LAMBRES LES DOUAI
 FRANCE
 Tel: 0327888015
 N° SIRET: 47944351700012
 Code NAF: 4773Z - FR13479443517

FACTURE

N°2276/529493

Du 05/07/2023

Date de l'échéance 07/07/2023

DERVAUX JACQUES
 293 quai de vignes
 res richelieu ent c 4e etage 58
 59500 DOUAI

SERVICE COURRIER LE
 17 JUIN 2023

Prescripteur : DRAOU MOHAMED
 N° AM : 591166368
 N° RPPS : 10002292711
 Opérateur: _ P

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
SINOVIAL 2ML SOL SERING BT3 T 8033638957004	PHN	0	1	61,250	20,00%	61,25

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
61,25	20% (6)	12,25	73,50
Total HT		Total TVA	Total TTC
61,25		12,25	73,50

Part AMO 0,00

Part AMC 0,00

Part Client 73,50

Mode(s) de règlement

CB

73,50

Reste dû

0,00

Montants exprimés en Euros

Pharmacie Courtecuisse
 4 rue Jules Ferry
 59552 Lambres-lez-Douai
 592031967

facture acquittée

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

MR ME DERVAUX
 293 QUAI DEVIGNE C4
 59500 DOUAI

Adherent

N. 148633

*Pour être au je le droit
 à un remboursement.*

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 6: taux 20.0

17 JUIL. 2023

Pour vous renseigner

TRES. HOSPITALIÈRE DÉPARTEMENTAL

192 AV RUBILLARD BP21072

72001 LE MANS

Téléphone : 02 43 43 43 28

Télécopie :

Mél : t072034@dgfip.finances.gouv.fr

**CENTRE DES FINANCES PUBLIQUES
TRES. HOSPITALIÈRE DÉPARTEMENTAL
192 AV RUBILLARD BP21072
BP 21072
72001 LE MANS**

6805-018353-0033-0



**M AUVE Jean Jacques
4 ROUTE DE LA RICHARDIERE
72210 FILLE**

Références

Nom du redevable : MAUVE Jean-Jacques

Nom du malade : auve jean-jacques

N° de sécurité sociale : 1500772181175

**Références de la dette : Titre n° 1154209/2023, émis le
04/05/23 par ch le mans - bp**

LE MANS, le 16/06/2023

ATTESTATION DE PAIEMENT

Le comptable public atteste sous réserve d'encaissement en cas de paiement par chèque, le règlement ci-après :

N° d'ordre	Montant du principal	Montant des Frais	Code produit
1	10,87	0,00	consultation ou soins externes

Dette émise par :	ch le mans - bp
Montant du règlement	10,87 Euro(s)
Date du règlement	16/06/2023
Mode de paiement	Chèque remis à encaissement

*** Joindre l'avis des sommes à payer à cette attestation lors de la demande de remboursement à votre mutuelle ou à votre caisse complémentaire.**

Cette demande de remboursement ne peut être faite que dans le cas où aucune prise en charge n'a été délivrée par cet organisme.

**Le Comptable public
DOMAIN Michel**

Monieur AUVÉ JENN-Sacques
N^o ADHÉRENT
N 154 859
IV^e Secule Social
1500728181175

FACTURE N°: 22303483

12/06/2023

VAROQUIER MICHEL

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

150035110806049

19/03/1950

VAROQUIER MICHEL

PRAECONIS

150035110806049

8 RUE LAVOISIER 51000 CHALONS EN CHAMPAGNE

N° Adhérent:

SARL AUTONOMIE MEDICALE
14, route de Montmirail

51000 CHALONS EN CHAMPAGNE

CPAM REIMS 512
14-16 RUE DU RUISSELET
51086 REIMS CEDEX511032294
ELBAZResponsable :
Agrément VHP : 54 MM-VHP 024
Agrément PA : 54 PA 2686
Agrément Titre 1: 54 MM-VHP 024
Tél: 03.26.65.54.46
N° Identification: 512610114
N° Intracomm. Tva: FR04441132685

02/06/2023

//_

X

X

X

//_

//_

Période du: _/_/_ Au: _/_/_

Appellations	type	Lpp P.U	Qté	P.U.P	Total TTC	remb <100 remb	100%Remb.Mut.	Non remb.
7177718 NEUT CHUT LEONCE NUBUCK MARRON P41	ACHAT	25,31	2,00	51,77	103,54	30,38	20,24	52,92
	ACHAT							

Base H.T.	Taux	Mont. T.V.A.	Total T.T.C.
-----------	------	--------------	--------------

98,14	5,50	5,40	103,54
-------	------	------	--------

Montant Remboursable
Total Remb. Mutuelle
A votre charge30,38 €
20,24 €
52,92 €

103,54	€	30,38	€	0,00	€	20,24	€	52,92
--------	---	-------	---	------	---	-------	---	-------

103,54

X

X