

[REDACTED]

document separator sheet

document separator sheet



document separator sheet

SAINT LOUP MEDICAL
jerome SAINT ETIENNE
1 rue grand cap
espace leon viguier
34300 AGDE
FRANCE
Tel: 0988300330
N° SIRET: 48406007400016
Code NAF: 4774Z - FR24484060074

Page 1 / 1

FACTURE

N°4588

Du 05/07/2023

Date de l'échéance 06/07/2023

DELBOSC MARIE CLAUDE
956 AV DE LA MEDITERRANEE
34450 VIAS

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

Opérateur: lisa m

Désignation Code produit	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
S/G AMOEN KAROLINASB44763NR/NU100A 4026275452388	1	42,417	20,00%	42,42

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
42,42	20% (6)	8,48	50,90
Total HT		Total TVA	Total TTC
42,42		8,48	50,90

Mode(s) de règlement	
CB	50,90

Reste dû	0,00
-----------------	------

Montants exprimés en Euro

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

(u) indique les quantités unitaires

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

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

Madame CARLES JACQUELINE

41 RUE DE LA BOISETTE
76590 TORCY LE GRAND

Mail: jac-carles@orange.fr

NET
ETABLISSEMENT THERMAL
1 Rue du Mont Saint Clair
34540 BALARUC LES BAINS
N° FINESS : 340798941
Références : 191161 - 248247
N° Internet : 5111012610106000

ATTESTATION DE CURE

VALANT FACTURE ACQUITTEE N° 798642
POUR LA PART DES FRAIS RESTANT A LA CHARGE DU CURISTE

L'établissement thermal, sus-indiqué, certifie que Madame CARLES JACQUELINE a suivi une cure thermique à BALARUC LES BAINS du 05/06/2023 au 24/06/2023.

N° Immatriculation : 2550676697006 - 38

Indications Thérapeutiques : RHUMATOLOGIE - PHLEBOLOGIE

Etablissement : NET

Médecin Thermal : MALKANI PIERRE MARIE

Le décompte s'établit comme suit :

Produit	Quantité	Total	R. Obligatoire		R. Complémentaire		Part payée par le curiste
			Taux	Part	Taux	Part	
Forfait Rhumatologie 3	1	519,30 €	100 %	519,30 €	0 %	0,00 €	0,00 €
Forfait 9 Mobilisations	1	46,30 €	100 %	46,30 €	0 %	0,00 €	0,00 €
Forfait Phlebo (2 Orient)	1	257,70 €	100 %	257,70 €	0 %	0,00 €	0,00 €
Comp. Tarifaire 9 Mob.	1	7,10 €	0 %	0,00 €	0 %	0,00 €	7,10 €
Comp. Tarifaire PH 2eme O	1	39,50 €	0 %	0,00 €	0 %	0,00 €	39,50 €
Comp. Tarifaire RH3	1	79,70 €	0 %	0,00 €	0 %	0,00 €	79,70 €
		949,60 €	823,30 €		0,00 €		126,30 €

La curiste a versé la somme de 126,30 Euros

Fait à BALARUC LES BAINS, le 24/06/2023.

SPLF THERMES DE BALARUC LES BAINS

Capital 2 000 000 €
1 Rue Mont St Clair - BP 45
34540 BALARUC LES BAINS
RCS MTP 539 457 847 - APE 9604Z

Règlements

Date	Mode de paiement	
01/06/2023	Arrhes versées déduites	50,00
01/06/2023	Paiement reporté	76,30
Total versé		126,30 €

BALARUC

LES BAINS

source d'énergies

SPLF THERMES DE BALARUC-LES-BAINS
1 Rue du Mont St Clair
34540 Balaruc-les-Bains

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

Monsieur CARLES JACQUES

41 RUE DE LA BOISETTE
76590 TORCY LE GRAND

NET
ETABLISSEMENT THERMAL
1 Rue du Mont Saint Clair
34540 BALARUC LES BAINS
N° FINESS : 340798941
Références : 344897 - 248246
N° Internet : 3945393548782270

Mail: jac-carles@orange.fr

ATTESTATION DE CURE

VALANT FACTURE ACQUITTEE N° 798643
POUR LA PART DES FRAIS RESTANT A LA CHARGE DU CURISTE

L'établissement thermal, sus-indiqué, certifie que Monsieur CARLES JACQUES a suivi une cure thermique à BALARUC LES BAINS du 05/06/2023 au 24/06/2023.

N° Immatriculation : 1500476162003 - 58

Indications Thérapeutiques : RHUMATOLOGIE

Etablissement : NET

Médecin Thermal : MALKANI PIERRE MARIE

Le décompte s'établit comme suit :

Produit	Quantité	Total	R. Obligatoire		R. Complémentaire		Part payée par le curiste
			Taux	Part	Taux	Part	
Forfait Rhumatologie 2	1	445,10 €	65 %	289,32 €	0 %	0,00 €	155,78 €
Forfait 18 Mobilisations	1	92,20 €	65 %	59,93 €	0 %	0,00 €	32,27 €
Comp. Tarifaire 18 Mob.	1	14,20 €	0 %	0,00 €	0 %	0,00 €	14,20 €
Comp. Tarifaire RH2	1	68,30 €	0 %	0,00 €	0 %	0,00 €	68,30 €
		619,80 €		349,25 €		0,00 €	270,55 €

Le curiste a versé la somme de 270,55 Euros

Fait à BALARUC LES BAINS, le 24/06/2023.

SPLF THERMES DE BALARUC LES BAINS

Capital 2 000 000 €
1 Rue Mont St Clair BP 45
34540 BALARUC LES BAINS
RCS MTP 538 457 847 - APE 9504Z

Règlements

Date	Mode de paiement	
01/06/2023	Arrhes versées déduites	50,00
01/06/2023	Carte Bancaire	296,85
01/06/2023	MONTANT A REP. (191161-798642)	-76,30
Total versé		270,55 €

BALARUC

Source d'inspiration

Camping « Pech d'Ay »

Avenue de la Gare

34540 BALARUC LES BAINS

FRANCE

04 67 48 50 34

pechday@mairie-balaruc-les-bains.fr

www.balaruc-les-bains.com

logement

ARRHE

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

Nb impression
05/06/2023 à 11:15Mr CARLES JACQUES
41 RUE DE LA BOISSETTE76590 TORCY LE GRAND
France

N° Facture	Date	Vendeur	Caisse
23/1130	06/06/2023	001 ADMIN	000 CENTRAL
N° Client	TVA intracommunautaire		
000389			

du 29/06/2022

* les prix HT sont calculés sur la base du tarif Public T

Réf.	Désignation	Nuit(s)	Qté	Prix unit. HT	Montant HT	Montant TTC	Unité
180	5 Forfait Curiste 2 Pers. Séjour Du 03/06/2023 Au 24/06/2023 Sur Emplacement 103	21	1	21,10	443,10	487,41	1
122	Visiteur + 18 ans	21	2				
171	Taxe de Séjour	21	2	0,22	9,24	9,24	
302	Frais de dossier		1	10,00	10,00	11,00	1
304	Arrhes		1	53,6364	53,64	59,00	1
305	Refacturation Arrhes		1	-53,6364	-53,64	-59,00	1
FACTURE ACQUITTEE Au 06/06/2023 de 437.65 € En Cartes Au 29/06/2022 de 70 € En Chèques N° : 1376278 DE CARLES JACQUES Banque : Crédit Agricole							

Jet 270 : Les données de l'établissement ne sont pas renseignées par l'éditeur et restent donc sous la responsabilité de l'établissement utilisateur

Nombre de ligne(s)

Taux Tva	Montant HT	Montant TVA	Montant TTC	Infos légales
(5) 0.00 %	9.24€	0€	9.24€	. SERVICES DES CAMPINGS au capital de 0 € N° 519500599 RCS Montpellier Code NAF : 5530Z N° SIRET : 51950059900013 N° TVA : FROD51950059900021
(7) 10.00 %	453.1€	45.31€	498.41€	
TOTAL	462,34 €	45,31 €	507,65 €	

Montant brut des Prestations : 498,41

Total Taxe de séjour : 9,24

Montant TTC : 507,65

Montant Régulé : 507,65

Reste DU : 0,00

Carburant

SERVICE COURRIER LE

17 JUIL. 2022

S 3328 d

Intermarché

TOUS UNIS CONTRE LA VIE CHÈRE

INTERMARCHÉ
16 ROUTE DE MONTILLY
03000 MOULINS

CARTE BANCAIRE

00000000421010

CB

LE 25-06-23 A 08-00-26

CARBURINTERMOULIN

03 MOULINS

8394077

05009412704088

XXXXXXXXXXXX4570

A04365D689216F51

163 001 306382 000583

18715

C

No AUTO: 089255

MONTANT REEL

113.88

EUR

DEBIT

TICKET CLIENT

A CONSERVER

Ticket No :
001520 00025 00 03 00692852

No pompe = 3

Carburant = GAZOLE

Quantite = 67,03 L

Prix unit. = 1,699 EUR

TVA 20,00% = 18,98 EUR

LA STATION VOUS REMERCIE DE
VOTRE VISITE

Intermarché

TOUS UNIS CONTRE LA VIE CHÈRE

STATION INTERMARCHÉ

S.A. COGECRI

34140 MEZE

Tel: 04.67.51.64.70

CARTE BANCAIRE

CREDIT AGRICOLE

LANGUEDOC

00000000421010

CB

LE 01-05-23 A 13-55-36

INTERMARCHÉ COGECRI

34140

MEZE

0368305

32557842500010

XXXXXXXXXXXX4570

5E922CA0B387E93C

162 002 165957 000568

13506

C

No AUTO: 389634

MONTANT REEL

93.38

EUR

DEBIT

TICKET CLIENT

A CONSERVER

MERCI AU REVOIR

STIMEDAC_NTS

Ticket No :
010124 00001 00 02 01851753

No pompe = 2

Carburant = GAZOLE

Quantite = 55,95 L

Prix unit. = 1,669 EUR

TVA 20,00% = 15,56 EUR

indications non
contrôlées par l'état

DATS 24
03500 Saint-Pourçain
TEL: 04.70.34.04.79

CARTE BANCAIRE

CREDIT AGRICOLE

FRANCHE-COMTE

00000000421010

CB

LE 30-05-23 A 09-39-37

COLRUYT

03500

SAINT POUR

1112994

78913978900836

XXXXXXXXXXXX4570

2ED24FAA7E15F6BD

132 001 296983 000654

12506

C

No AUTO: 325266

MONTANT REEL

107.83

EUR

DEBIT

TICKET CLIENT

A CONSERVER

MERCI AU REVOIR

LAFONLAVNTLA

Ticket No :
007043 00031 00 02 01206246

No pompe = 2

Carburant = GAZOLE

Quantite = 64,61 L

Prix unit. = 1,669 EUR

TVA 20,00% = 17,97 EUR

indications non
contrôlées par l'état

CRFRAAT623WR7ZFA2500000175705391006113VASP<<
CARAMC<LOUIS<<<<<P700<<<<<<<2019EX3189374

Journal of Polymer Science: Part A: Polymer Chemistry

2M04944856075

Le 06/07/2023

Praticien	KASSEM ZEIN EL ABDINE		
Identification	281001800	Numéro de facturation	101006018
Patient	LACHENY CHRISTIANE né le 02/01/1954 (1) [254019]		
Assuré	LACHENY CHRISTIANE		
N° Immatriculation	2540190010013 56		
Date de la facture	06/07/2023		
Numéro de facture		Numéro de FSE	000048025
Montant des soins	90,00	Montant A.M.O.	0,00
		Montant A.M.C.	0,00
		Montant Patient	90,00
Organisme dest.	Régime :01 caisse :281 centre :7071		

N° D'Adhérer V.
R00 1932
AMC
47 85 42 852

Dont DP réglé et inclus de 21,48 €
pour l'acte coté APC + DECP003

Facture acquittée

~~KASSEM ZEIN~~
CARDIOLOGUE
Conventionné - Honoraire libre
2 rue Roland Buttier - 26300 M
Tél. : 02 37 18 42 16
RPPS 10100601896 - ADELI : 281001800

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

EXPEDITEUR M: Lachenn Jean Jacques 5 Bis Rue du general
de Gaulle 28190 Fontaine LA GUYON

COUF 11/11/15 500 v T EF

arrive par la poste A l'adresse indiquée 020556

Verdun 70000

6 Rue Paul Florent

PREACONIS

12-07-23 LA FRANCE



SD : 87000797105754C

LA POSTE

REPUBLICQUE FRANCAISE

LETTRE VERTE SUIVIE

41974B-02 LA POSTE

**1,66 EUR

JUSTIFICATIF MUTUELLE

Mr GUILLAUME DELUBAC-LOPPI

26 Masseur-Kinésithérapeute conventionné

Cabinet de Kinésithérapie

215 Avenue Comtat Venaissin

84200 CARPENTRAS

Tel.: 04.90.60.06.64

84 7 08584 2 00 1 30 1 26

Bénéficiaire: VITAL Michel, né(e) le 11/04/1944

Traitement prescrit le: 26/06/2023

par: VITAL

identification: 301999538

n° fact: 257131

faite le 05/07/2023

Date des actes	Désignation	Signature	Montant honoraires	DE	DEPLACEMENT				
					IF	Nbre	Montant	Dépassement	HN
05/07/23	AMK 10.7		23. 01						
05/07/23	AMK 8		27. 99	DE					

SERVICE COMPTABLE
17 JUL. 2023

Honoraires : 51.00

Déplacement : 0.00

Dépassements : 10.79

"LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET/OU D'EMPRISONNEMENT QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DECLARATIONS (articles L377.1 du code de la Sécurité Sociale, L441.1 du Code Pénal)"

ASSURE: 26.87

CAISSE: 24.13

MUTUELLE: 0.00

TOTAL GENERAL: 51.00

Signature Praticien:

Signature Assuré:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE

N° INSEE: 1 44 04 70 525 004-02

NOM Prénom: VITAL Michel

Adresse:

2 RUE DE SAUVAN
84340 MALAUCENE

N° Mutuelle:

Adresse Mutuelle:

N° Adherent
P 003816

Employeur:

RIB Praticien:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

S'agit-il d'un accident? OUI : NON: X

Date de l'accident:

SI LE PATIENT N'EST PAS L'ASSURE:

Parenté : Conjoint:

Vie maritale:

Enfant:

Autres ayants droit:

JE SOUSSIGNE Mr GUILLAUME DELUBAC-LOPPI

CERTIFIE AVOIR RECU LA SOMME DE 26.87 EUROS POUR LES SOINS DONT LES DATES FIGURENT CI-DESSUS.

LA PART CAISSE M'AYANT ETE REGLEE DIRECTEMENT PAR CETTE DERNIERE DANS LE CADRE D'UNE TELETRANSMISSION. MEMBRE D'UNE ASSOCIATION AGREEE. LE REGLEMENT DES HONORAIRES PAR CHEQUE EST ACCEPTE.

Document édité par le logiciel KINE+4000, Version 8.04.06