

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  
17 JUIL. 2023

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

LES GRANDES VENTES , le 04/07/2023

**Quittance de la facture N° 001006845**

Bénéficiaire des soins : MAZIRE MICHELINE

Né(e) le : 12/04/1945

Assuré(e) : MAZIRE MICHELINE

N° de Sécurité Sociale : 2450476697004

EDUCATION COURRIER LE

17 JUIN 2023

Caisse : CPAM de Rouen-Elbeuf-Dieppe-Seine-Maritime (01 764 0000)

Ordonnance : prescrite le 10/05/2023

par Dr. ANTOINE SENIORIS (N° 76 1 00887 9)

**Détail de la facture :**

Facture établie le 15/06/2023 pour des soins dispensés du 24/05/2023 au 01/06/2023

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

☐ Chèque  
par ☒ Espèces  
☐ CB

**DECAYEUX EUGENIE (EI)**



Membre d'une association de gestion agréée. Paiement par chèque accepté.

ALLOUCHERY COLINE

11/07/23

SERVICE COURRIER LE

Médecine générale

Identification 620033225

17 JUL. 2023

Feuille de soins N° 000013499

## QUITTANCE

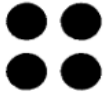
Date de prescription  
Bénéficiaire des Soins LEBLANC BEATRICE (Assuré)  
Adresse  
Date de naissance 01/12/1950-1  
No Immatriculation de l'Assuré 2501262034023  
Identification de régime 01, caisse 624, centre 8341  
l'Organisme destinataire  
Nature de l'assurance maladie  
Situation dans le parcours 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.

*crs D'adhésion**154 589*



SERVICE COURRIER LE  
17 JUL. 2023

**Alexis BONNARD**

**Ostéopathe D.O.**

5 Rue des Genêts,  
53410, Saint-Pierre-La-Cour  
Tél : 06 59 03 35 82  
N° SIREN : 901144535  
N° ADELI : 530001296

**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 Genêts,  
53410 Saint-Pierre-La-Cour  
ADELI: 530001296  
SIRET: 901 144 535 00019

ALLOUCHERY COLINE

SERVICE COURRIER LE

11/07/23

Médecine générale

Identification 620033225

17 JUL. 2023

Feuille de soins N° 000013498

QUITTANCE

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.

*en dossier*

*154589*



Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2			
MANDATAIRE(S) N° 1		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		Cle	
Montant facturé par le praticien.							
N°1 DEVEZE TRACKOEN LAUR		N°2		N°3		N°4	
ADELI 690002092		ADELI		ADELI		ADELI	
€ 13.20		€		€		€	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)				44.00 €			
Rappel du numéro de facture				232164201			





**Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire**

Transfert	N° d'identification prescripteur	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	Code convention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Localisation destination	Prix unitaire	Elément de tarification Modif. Code cateur remb. except	Quantité coefficient ou dénominateur mesur.	Coefficient association	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire Taux Montant	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
S	1	690002092	33	690002092	33	20	1	21/06/23	21/06/23	ACE		1.00					70.00		
S	1	690002092	33	690002092	33	20	1	21/06/23	21/06/23	CNP	39.00	1.00		39.00		39.00	70.00	11.70	
S	1	690002092	33	690002092	33	20	1	21/06/23	21/06/23	MCS	5.00	1.00		5.00		5.00	70.00	1.50	
Sous-total 3														44.00		44.00	0.00	13.20	0.00

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2			
MANDATAIRE(S) B*		N° 1		MANDATAIRE(S) B*		N°	
Centre CCP ou banque		Guichet		Centre CCP ou banque		Guichet	
Compte		Cle		Compte		Cle	
Montant facturé par le praticien.							
N°1	DEVEZE TRACKOEN LAUR	N°2		N°3		N°4	
ADELI	690002092	ADELI		ADELI		ADELI	
€	13.20	€		€		€	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)				44.00 €			
Rappel du numéro de facture				232154401			

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

B\* : Banque

Madame BEN SLAMA-PERON NOURA

23/06/23

Gastro-entérologie  
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  
Identification de régime 01, caisse 691, centre 4200  
l'Organisme destinataire  
Nature de l'assurance maladie  
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  
17 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.

N° Adhérent : N160702