

1 - 1/2

Recherches
de la 1^{re} section
du 20/06/2023
au 20/06/2023
dispositif de 420
sur le terrain

le 17 juin 23
Mme DELORME RENEE
20 Rue VICTOR GARY
42000 ST ETIENNE
34500

BALARUC

LES BAINS

source d'énergies

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

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023



Madame DELORME RENEE
8 D RUE VICTOR GOMY
42100 ST ETIENNE

34222112/49168/0062/C60w 1/1
0.10745307 11134717986

NET
ETABLISSEMENT THERMAL
1 Rue du Mont Saint Clair
34540 BALARUC LES BAINS
N° FINESS : 340798941
Références : 54557 - 246900
N° Internet : 7362459110970004

ATTESTATION DE CURE

VALANT FACTURE ACQUITTEE N° 795864
POUR LA PART DES FRAIS RESTANT A LA CHARGE DU CURISTE

L'établissement thermal, sus-indiqué, certifie que Madame DELORME RENEE a suivi une cure thermale à BALARUC LES BAINS du 22/05/2023 au 10/06/2023.

N° Immatriculation : 2460942244041 - 62

Indications Thérapeutiques : RHUMATOLOGIE - PHLEBOLOGIE

Etablissement : NET

Médecin Thermal : MARY Jerome

Le décompte s'établit comme suit :

Produit	Quantité	Total	R. Obligatoire Taux	R. Obligatoire Part	R. Complémentaire Taux	R. Complémentaire Part	Part payée par le curiste
Forfait Rhumatologie 3	1	519,30	65 %	337,55	0 %	0,00	181,75
Forfait 9 Massages	1	115,20	65 %	74,88	0 %	0,00	40,32
Forfait Phlebo (2 Orient)	17/18	243,38	65 %	158,20	0 %	0,00	85,18
Comp. Tarifaire 9 Mass.	1	17,76	0 %	0,00	0 %	0,00	17,70
Comp. Tarifaire PH 2eme O	17/18	37,31	0 %	0,00	0 %	0,00	37,31
Comp. Tarifaire RH3	1	79,70	0 %	0,00	0 %	0,00	79,70
		1012,59		570,63		0,00	441,96

La curiste a versé la somme de 441.96 Euros

Fait à BALARUC LES BAINS, le 10/06/2023.

SPLE THERMES DE BALARUC LES BAINS

1 Rue du Mont St Clair BP 15
34540 BALARUC LES BAINS
Tél : 04 77 24 15 74 - Fax : 04 77 24 15 75

Règlements

Date	Mode de paiement	
20/05/2023	Arrhes versées déduites	50,00
20/05/2023	Carte Bancaire	399,16
13/06/2023	Rbt S.P.L.E.T.H.	-7,20
Total versé		441,96

ETABLISSEMENT DE SANTE PRIVÉ - ORDRE DE FACTURATION DESTINE A L'ASSURE OU AU PATIENT

Date d'élaboration 05/07/2023

Identification de l'établissement		N° Finess	700780174	Code catégorie	128	Référence à rappeler		Signature de l'assuré(e)
CLINIQUE SAINT-MARTIN 11, Rue Dr N. COURVOISIER 70004 VESOUL CEDEX		BP 90205				Clé de la facture	P	
Domiciliation bancaire de l'établissement		Clinique St Martin	BANQUE CIC EST	Clé 30		N° de Lot	180	Absence de signature <i>[Signature]</i>
Centre CCP ou banque		30087	Guichet 33182	Compte	00035769101	N° de facture	235228501	
Le bénéficiaire des soins						L'assuré(e) titulaire du contrat AMC		
Nom de naissance et prénom(s)						CARAVATI MAURICE		
suivi s'il y a lieu du nom d'usage						CARAVATI		
N° immatriculation et clé		1411070464011	31	N° immatriculation et clé		1411070464011	31	N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte U011873
Code organisme de rattachement		01/701	Date et rang de naissance	01/10/1941	Adresse		1 CH DE LA LOUVIERE	
N° centre gestionnaire		1921	Date de début hospitalisation	12/06/2023	70200		SAINT GERMAIN	
Entrée le		12/06/2023	Sortie le	12/06/2023				

Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins

Maladie	<input checked="" type="checkbox"/>	Accident causé par un tiers	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Si oui, date	00/00/00
Maternité	<input type="checkbox"/>	AT/MP <input type="checkbox"/>	Exonération forfait journalier	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/>

Frais de structure et de soins

Transfert	Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations	Période		Prix Unitaire	Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurée
					Du	Au						Taux	Montant		
S			C	GHS	12/06/23	12/06/23	895.67	1	1.00	895.67	895.67	100.00	871.67		
S			C	PAS	12/06/23	12/06/23	24.00	1	1.00					24.00	
Sous-total 1										895.67	895.67		871.67	24.00	0.00

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques

Transfert	Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations	N° identification prescripteur	Date d'implantation	Prix unitaire / tarif de référence	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurée	
											Taux	Montant			
Sous-total 2										0.00	0.00		0.00	0.00	0.00
Sous-total 1 + 2										895.67	895.67		871.67	24.00	0.00

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

Pour Acquit

Role

Honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire

Transfert	N° d'identification prescripteur	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Localisation dentaire	Prix unitaire	Elément de tarification	Quantité ou coefficient	Honoraires facturés	Base de remboursement	Régime obligatoire	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
														Taux	Montant	
S 1		701002271	49	20	01	12/06/23	ADC		287.56	< J	1.00	513.76	DA	363.76	100.00	150.00
S 2		701700437	02	34	03	12/06/23	ADA		171.57	4 7	1.00	344.86	DA	204.86	100.00	140.00
S 3	701002271	707000089	26	30	01	12/06/23	AMC		2.15		10.70	23.01		23.01	100.00	
S 3	701002271	707000089	26	30	01	12/06/23	AMC		2.15		8.30	17.85		17.85	100.00	
Sous-total 3												899.48		609.48		290.00

SEULE COURRIER LE
17 JUL. 2023

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2			
MANDATAIRE(S) N° 1,2,3		MANDATAIRE(S) N°		MANDATAIRE(S) N°			
B* Collectifs Praticiens BPBFC VESOUL		B*		B*			
Centre CCP ou banque 10807		Guichet 00026		Centre CCP ou banque		Guichet	
Compte 62121527980		Cle 74		Compte		Cle	
Montant facturé par le praticien.							
N°1 HOLL SABINE		N°2 MERLE EMILIE		N°3 JEANNEZ SANDRINE		N°4	
ADELI 701002271		ADELI 701700437		ADELI 707000089		ADELI	
€ 150.00		€ 140.00		€ 0.00		€	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)				1795.15 €			
				Rappel du numéro de facture 235228501			

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

B* : Banque

ETABLISSEMENT DE SANTE PRIVÉ - ORDRE DE FACTURATION DESTINE A L'ASSURE OU AU PATIENT

Date d'élaboration 05/07/2023

Identification de l'établissement		N° Finess	700780174	Code catégorie	128	Clé de la facture		P	Référence à rappeler		Signature de l'assuré(e) Absence de signature	
CLINIQUE SAINT-MARTIN 11, Rue Dr N. COURVOISIER 70004 VESOUL CEDEX		BP 90205				N° de Lot	180	N° de facture	235228501	N° d'entrée		2352285
Domiciliation bancaire de l'établissement		Clinique St Martin	BANQUE CIC EST	Clé 30		N° PEC AMC						
Centre CCP ou banque		30087	Guichet 33182	Compte	00035769101							
Le bénéficiaire des soins						L'assuré(e) titulaire du contrat AMC						
Nom de naissance et prénom(s) CARAVATI MAURICE						Nom de naissance et prénom(s) CARAVATI MAURICE						
suivi s'il y a lieu du nom d'usage CARAVATI						suivi s'il y a lieu du nom d'usage CARAVATI						
N° immatriculation et clé		1411070464011	31	N° immatriculation et clé		1411070464011	31	N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte				
Code organisme de rattachement		01/701	Date et rang de naissance	01/10/1941	1	Adresse		1 CH DE LA LOUVIERE 70200 SAINT GERMAIN		U011873		
N° centre gestionnaire		1921	Date de début hospitalisation	12/06/2023								
Entrée le		12/06/2023	Sortie le	12/06/2023								

Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins

Maladie	<input checked="" type="checkbox"/>	Accident causé par un tiers	<input type="checkbox"/>	Non	<input checked="" type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Si oui, date	00/00/00
Maternité	<input type="checkbox"/>	AT/MP	<input type="checkbox"/>	Non	<input checked="" type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Régime Alsace Moselle	<input type="checkbox"/>
Exonération forfait journalier									

Frais de structure et de soins

Transfert	Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations	Période		Prix Unitaire	Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurée
					Du	Au						Taux	Montant		
S			C	GHS	12/06/23	12/06/23	895.67	1	1.00	895.67	895.67	100.00	871.67	24.00	
S			C	PAS	12/06/23	12/06/23	24.00	1	1.00						
Sous-total 1										895.67	895.67		871.67	24.00	0.00

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques

Transfert	Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations	N° identification prescripteur	Date d'implantation	Prix unitaire / tarif de référence	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurée
											Taux	Montant		
Sous-total 2										0.00		0.00	0.00	0.00
Sous-total 1 + 2										895.67		871.67	24.00	0.00

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

Pour Acquit

Rôle

Honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire

Transfert	N° d'identification prescripteur	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Localisation dentaire	Prix unitaire	Elément de tarification	Quantité ou coefficient ou dénombrement	Coefficient association	Honoraires facturés	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
															Taux	Montant	
S 1		701002271	49	20	01	12/06/23	ADC		287.56	4 J	1.00		513.76	DA	363.76	100.00	150.00
S 2		701700437	02	34	03	12/06/23	ADA		171.57	4.7	1.00		344.86	DA	204.86	100.00	140.00
S 3	701002271	707000089	26	30	01	12/06/23	AMC		2.15		10.70		23.01		100.00	23.01	
S 3	701002271	707000089	26	30	01	12/06/23	AMC		2.15		8.30		17.85		100.00	17.85	
Sous-total 3													899.48		609.48	609.48	290.00

SERVICE COPIER LE
17 JUL. 2023

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2			
MANDATAIRE(S) N° 1,2,3		MANDATAIRE(S) N°		MANDATAIRE(S) N°			
B* Collectifs Praticiens BPFC VESOUL		B*		B*			
Centre CCP ou banque 10807 Guichet 00026		Centre CCP ou banque Guichet		Centre CCP ou banque Guichet			
Compte 62121527980 Cle 74		Compte Cle		Compte Cle			
Montant facturé par le praticien.							
N°1 HOLL SABINE	N°2 MERLE EMILIE	N°3 JEANNEZ SANDRINE	N°4	N°5	N°6	N°7	
ADELI 701002271	ADELI 701700437	ADELI 707000089	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	
€ 150.00	€ 140.00	€ 0.00	€	€	€	€	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 1795.15 €			Rappel du numéro de facture 235228501				

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

B* : Banque

Clinique Saint-Martin
11, rue du Docteur Noël Courvoisier 70000 VESOUL
n° FINESS 700780174

Docteur HOLL SABINE

Chirurgie viscérale et digestive

Ancienne Interne et Chef de Clinique des Hôpitaux de Dijon

Ancien Praticien Hospitalier

RPPS 10100545028

ADELI 70100 227 1

Tel Secrétariat 03 84 78 66 21

SERVICE COUPONNIER L^r
17 JUL. 2023

Vesoul, le 04/07/2023

FACTURE ACQUITTEE

Nom prénom : Monsieur CARAVATI Maurice

Né(e) le : 01/10/1941

Numéro de sécurité sociale: 141107046401131

Intervention du : 12/06/23

Cotation CCAM : Cure de hernie inguinale bilatérale avec pose de prothèse sous coelioscopie
LMMC001

Somme prise en charge par l'assurance Maladie : 363,76 Euros

Complément d'honoraires chirurgicaux réglé ce jour par le patient : 150 Euros

Mode de paiement : CB

Dr HOLL Sabine
Chirurgie viscérale et digestive
Clinique Saint-Martin à Vesoul
RPPS : 10100545028

Note : Le mode de calcul des honoraires correspond à la tarification autorisée par la situation conventionnelle et les titres hospitalo-universitaires du praticien (secteur 2 à honoraires libres conventionné avec OPTAM-CO) et conforme aux recommandations d'application. « Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure » Art.70 du code de Déontologie médicale.



•ANESTHESIE - REANIMATION CHIRURGICALE

Clinique Saint Vincent / Clinique Saint Martin

11 rue du Dr Noël Courvoisier 70000 VESOUL

Tél. 03 39 70 97 00 - Fax. 03 39 70 96 97

www.saint-vincent-anesthesie-reanimation.fr

Facture ACQUITTEE d'honoraires complémentaires

Je soussigné, Docteur MERLE Emilie, Anesthésiste Réanimateur conventionné OPTAM, certifie avoir reçu de

Monsieur CARAVATI Maurice né(e) le 01/10/1941

La somme de 140 euros correspond aux honoraires complémentaires de l'intervention du 12/06/2023 (par le Dr HOLL Sabine) dont le code CCAM figure sur le bordereau de facturation de la Clinique Saint-Martin.

Ce supplément d'honoraires non remboursé par l'assurance maladie peut être pris en charge par votre mutuelle complémentaire selon votre contrat.

Dr MERLE Emilie
02 - Anesthésiste Réanimateur
Conventionné secteur 2
11 rue du Dr Noël Courvoisier
70000 VESOUL / tél 03 39 70 97 00
RPPS 10100170568/ADELI 70170043 7

Bordereau à transmettre à votre mutuelle afin de bénéficier de l'éventuel remboursement de ces honoraires complémentaires.

CLINIQUE SAINT-MARTIN
11, Rue Dr N.COURVOISIER
BP 90205
70004 VESOUL CEDEX

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

2031871430C00001 00619



MR CARAVATI MAURICE
1 CH DE LA LOUVIERE
70200 SAINT GERMAIN

A Vesoul, le 06/07/2023

Objet : Facture acquittée

Madame, Monsieur,

Suite à votre règlement, veuillez trouver ci-joint, la facture acquittée à présenter à votre mutuelle pour un éventuel remboursement.

NE PAS SEPARER LES FEUILLES



Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments dévoués.

2031871430C0000120105

STE THERMALE DE ROCHEFORT
15 AVENUE CAMILLE PELLETAN
17300 ROCHEFORT
05 46 99 08 64 |

SERVICE CLIENT

17 JUL. 2023

Client : 258355
Mme MARIE-THERESE BALA
18 RUE DU PAQUIS

88380 ARCHES

Facture : 330643 - 07/07/2023 06:49:28

Exemplaire : 1

Dossier 467908

Du 19/06/2023 au 08/07/2023

Assuré 248028841306020

Mme BALA Marie-Therese

CETTE PIECE FAIT OFFICE D'ATTESTATION

Prestation	Qté	Tx TVA	PU HT	Remise	Total HT	Total TTC	Base PEC TTC	Hors PEC TTC
RH2 RHUMATOLOGIE 2 18 X 0408 - Cataplasmes De Boue 9 X 0329 - Douche En Piscine 18 X 0206 - Bain Douche En Immersion 9 X 0310 - Douche Penetrante Generale	1	10 %	404.64		404.64	445.10	G1 445.10	
CT2P COMPLEMENT TARIFAIRE RH2FK3FK4PH	1	10 %	62.09			68.30		68.30
FK3 FORFAIT KINE 9 MASSAGES 9 X 0602 - Massages Sous L'Eau	1	10 %	104.73		104.73	115.20	G1 115.20	
CT2P COMPLEMENT TARIFAIRE RH2FK3FK4PH	1	10 %	16.09			17.70		17.70
FK4 FORFAIT KINE 9 PISCINES 9 X 0601 - Piscine De Mobilisation	1	10 %	42.09		42.09	46.30	G1 46.30	
CT2P COMPLEMENT TARIFAIRE RH2FK3FK4PH	1	10 %	6.46			7.10		7.10
PH PHLEBOLOGIE 18 X 0805 - Couloir De Marche 9 X 0216 - Aerobain Local 9 X 0409 - Compresse	1	10 %	234.27		234.27	257.70	G1 257.70	
CT2P COMPLEMENT TARIFAIRE RH2FK3FK4PH	1	10 %	35.91			39.50		39.50

Règlements

07/07/2023	Consommation d'arrhes	435.09 €
------------	-----------------------	----------

(NF525) B 0149 (Fajs) V8.23.4.3 SQSIV1.1.6 - Ventes - 8 Ligne(s)

Par : IP - Isabelle | Poste : POSTE40

Organisme PEC	Base PEC TTC	Taux	PEC TTC
G1 Securite Sociale Rochefort	864.30	65.00 %	561.81
G2		%	
M1		%	
M2		%	
Total PEC			561.81

TVA	Taux	Montant HT	Montant TVA	Montant TTC
5	10.00 %	906.28	90.62	996.90

Montants exprimés en Euros

TOTAL Remises	0.00 €
TOTAL HT	906.28 €
TOTAL TTC	996.90 €
TOTAL TAXES	90.62 €
TICKET MODERATEUR	302.49 €
HORS PEC	132.60 €
DEJA VERSE	435.09 €
A PAYER	0.00 €