



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Hainaut

Mon numéro : 2 41 08 59 496 003 70

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

BLAMPAIN CHRISTIANE

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	remboursement	base du taux	montant payé
	pour CHRISTIANE né(e) le 03 08 41 maladie ref 9321 2407540002452				
	participation forfaitaire à retenir (1) (PFT)				- 1,00
	réglé au destinataire DUBOIS ALICE : 345,66 euros ref 9331 2408540000540				
02 01 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT) IND.FORF DEPL.AM (IFA+PC)	16,13 2,50	16,13 2,50	60% 60%	9,68 - 0,50 1,50
09 01 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT) IND.FORF DEPL.AM (IFA+PC)	16,13 2,50	16,13 2,50	60% 60%	9,68 - 0,50 1,50
12 01 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT)	16,13	16,13	60%	9,68 - 0,50
16 01 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT) IND.FORF DEPL.AM (IFA+PC)	16,13 2,50	16,13 2,50	60% 60%	9,68 - 0,50 1,50
19 01 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT)	16,13	16,13	60%	9,68 - 0,50
23 01 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT) IND.FORF DEPL.AM (IFA+PC)	16,13 2,50	16,13 2,50	60% 60%	9,68 - 0,50 1,50
26 01 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT)	16,13	16,13	60%	9,68 - 0,50
30 01 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT) IND.FORF DEPL.AM (IFA+PC)	16,13 2,50	16,13 2,50	60% 60%	9,68 - 0,50 1,50
02 02 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT)	16,13	16,13	60%	9,68 - 0,50
06 02 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT) IND.FORF DEPL.AM (IFA+PC)	16,13 2,50	16,13 2,50	60% 60%	9,68 - 0,50 1,50
09 02 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT)	16,13	16,13	60%	9,68 - 0,50
13 02 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT) IND.FORF DEPL.AM (IFA+PC)	16,13 2,50	16,13 2,50	60% 60%	9,68 - 0,50 1,50
	réglé au destinataire PROISY RAPHAEL : 126,66 euros ref 9301 2409950013250				
07 03 24	AUTRES APP. LPP (AAR) ref 9301 2409950013321	46,74	46,74	60%	28,04



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Hainaut

Mon numéro : 2 41 08 59 496 003 70
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
BLAMPAIN CHRISTIANE

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
	pour CHRISTIANE né(e) le 03 08 41 maladie ref 9301 2409950013321				
29 02 24	AUTRES APP. LPP (AAR)	15,58	15,58	60%	9,35
	réglé au destinataire SANTEO : 37,39 euros ref 9331 2409940001382				
16 02 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT)	16,13	16,13	60%	9,68 - 0,50
20 02 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT) IND.FORF DEPLAM (IFA+PC)	16,13 2,50	16,13 2,50	60% 60%	9,68 - 0,50 1,50
23 02 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT)	16,58	16,58	60%	9,95 - 0,50
27 02 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT) IND.FORF DEPLAM (IFA+PC)	16,58 2,50	16,58 2,50	60% 60%	9,95 - 0,50 1,50
01 03 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT)	16,58	16,58	60%	9,95 - 0,50
05 03 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT) IND.FORF DEPLAM (IFA+PC)	16,58 2,50	16,58 2,50	60% 60%	9,95 - 0,50 1,50
08 03 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT)	16,58	16,58	60%	9,95 - 0,50
15 03 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT)	16,58	16,58	60%	9,95 - 0,50
19 03 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT) IND.FORF DEPLAM (IFA+PC)	16,58 2,50	16,58 2,50	60% 60%	9,95 - 0,50 1,50
22 03 24	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50+PC) franchise à retenir (1) (FRT)	16,58	16,58	60%	9,95 - 0,50

réglé au destinataire PROISY RAPHAEL : 104,96 euros

(1) Les participations forfaitaires et franchises constatées sur ces actes sont déduites du montant remboursé dans la partie « Vos remboursements de soins » ou le seront sur vos prochains règlements.

PROISY RAPHAEL
26 Masseur-kinésithérapeute
21 Place André Bonnaire
59550 LANDRECIES
597001585

LANDRECIES , le 17/05/2024

Quittance de la facture N° 004002184

Bénéficiaire des soins : BLAMPAIN CHRISTIANE
Né(e) le : 03/08/1941

Assuré(e) : BLAMPAIN CHRISTIANE
N° de Sécurité Sociale : 2410859496003

Caisse : CPAM du Hainaut (01 599 0000)

*Raphaël
n° adhérent N 163 132
N° AMC 778548852*

SERVICE COURRIER LE

23 MAI 2024

Ordonnance : prescrite le 07/11/2023
par Dr. CHRISTINE LECOLIER (N° 59 1 16883 6)

Détail de la facture :

Facture établie le 17/05/2024 pour des soins dispensés du 26/03/2024 au 17/05/2024

Montant dû par la caisse	104,00	Euros
Montant dû par la complémentaire	0,00	Euro
Montant dû par le patient	69,30	Euros
Montant total	173,30	Euros

Détail des prestations :

10 AMS7.5

3 IFA

Mars 2024 : 26, 29
Avril 2024 : 5, 9, 12, 19, 26
Mai 2024 : 10, 14, 17

Monsieur Raphaël PROISY
26 Masseur-kinésithérapeute **Conventionné**
21, Place André Bonnaire
59550 Landrecies
59 7 00158 5 0 1 30 1 26
CAB CONV ZID IK SPEC

Payé ce jour : 69,30 Euros

☒ Chèque
par ☐ Espèces
☐ CB

PROISY RAPHAEL



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

