



BAS-RHIN

SERVICE COURRIER LE

30 AVR. 2024

SERVICE COURRIER LE
13 FEV. 2024

Mon numéro : 2 68 01 67 482 131 69
 Mon nom ou celui de mon ayant droit :
 SCHALK VERONIQUE

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
	pour VERONIQUE né(e) le 06 01 68 maladie ref 9791 1930160000579				
20 10 19	SOINS INFIRMIERS (AMI)	11,55	3,15 100%		3,15
	MAJO FERIE AMI (MA)		8,50 100%		8,50
	IND.FORF DEPLAM (IFA)	2,50	2,50 100%		2,50
	MAJO ACTE UNIQUE (MAU)	1,35	1,35 100%		1,35
21 10 19	SOINS INFIRMIERS (AMI)	3,15	3,15 100%		3,15
	IND.FORF DEPLAM (IFA)	2,50	2,50 100%		2,50
	MAJO ACTE UNIQUE (MAU)	1,35	1,35 100%		1,35
22 10 19	SOINS INFIRMIERS (AMI)	3,15	3,15 100%		3,15
	IND.FORF DEPLAM (IFA)	2,50	2,50 100%		2,50
	MAJO ACTE UNIQUE (MAU)	1,35	1,35 100%		1,35
23 10 19	SOINS INFIRMIERS (AMI)	3,15	3,15 100%		3,15
	IND.FORF DEPLAM (IFA)	2,50	2,50 100%		2,50
	MAJO ACTE UNIQUE (MAU)	1,35	1,35 100%		1,35
24 10 19	SOINS INFIRMIERS (AMI)	3,15	3,15 100%		3,15
24 10 19	IND.FORF DEPLAM (IFA)	2,50	2,50 100%		2,50
	MAJO ACTE UNIQUE (MAU)	1,35	1,35 100%		1,35
25 10 19	SOINS INFIRMIERS (AMI)	3,15	3,15 100%		3,15
	IND.FORF DEPLAM (IFA)	2,50	2,50 100%		2,50
	MAJO ACTE UNIQUE (MAU)	1,35	1,35 100%		1,35
26 10 19	SOINS INFIRMIERS (AMI)	3,15	3,15 100%		3,15
	IND.FORF DEPLAM (IFA)	2,50	2,50 100%		2,50
	MAJO ACTE UNIQUE (MAU)	1,35	1,35 100%		1,35
	régle au destinataire GIES DANIEL : 64,50 euros ref 9731 1931040003628				
05 11 19	DIVERS ORTHESES (DVO)	85,00	30,49 90%		27,44
	régle au destinataire L'ATELIER MEDICAL SCHENCK HERVE : 27,44 euros ref 5762 1931140004068				
06 11 19	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN CORRESPONDANT C. SPECIFIQUE OPTAM (APC) participation forfaitaire à retenir (1) (PFT)	50,00	50,00 100%		50,00 - 1,00
	régle au destinataire ROBILART ISABELLE : 50,00 euros ref 5752 1931218902410				
28 10 19	AMBULANCE AGREEE (ABA)	190,96	190,96 100%		190,96
	régle au destinataire EXCEL AMBULANCE : 190,96 euros ref 6610 1931640022773				

DUPLICATE 2

N° 8801641

L'ATELIER MEDICAL

N° d'identification 672668872

N° ADEL 87 95 035 8

96 Avenue du Rhin

67100 STRASBOURG

Tél : 03.88.32.33.54

Fax : 03.88.21.01.82

LIVRER A :

Mme SCHALCK VERONIQUE

FOYER FAM EO

2 RUE DE L ILE DES PECHEURS

67940 OSTWALD

FACTURER A :

CPAM 87 DU BAS RHIN

16 RUE DE LAUSANNE

67090 STRASBOURG CEDEX

Références : BL N° 000024810

BL du : 05/11/2019

FACTURE

Numéro : 000026435

Date : 05/11/2019

N° Client : 268016748213189 / 1

Page : 1

Référence	Désignation	Qte	PU HT	PU TTC	MT HT	MT TTC	TVA
P4827	CHAUSSEUR PODALUX MEDIUM	1,00	61,61	65,00		65,00	5,60

96 Avenue du Rhin
67030 Strasbourg Neudorf
Tél: 03.88.32.33.54
Identification: 672668872

Part Client : 87,56 Part Caisses : 27,44 Part Mutuelle : 0,00

Date d'échéance : 05/11/2019

Règlement par : VIREMENT

Pénalités en cas de retard de règlement : 3,10 %

CONDITIONS DE VENTE

Conformément aux articles de la loi n° 85335 du 12 Mai 1985 la responsabilité relative au présent document est révoquée jusqu'à paiement intégral de son prix. Nos conditions de paiement sont impératives. Les pénalités pour retard de paiement sont calculées par application du taux d'intérêt légal augmenté de 3 points, ou de 5 points maximum autorisés par la loi si celui-ci est inférieur. En cas d'insolvabilité, les intérêts de recouvrement sont obligatoirement à la charge de l'acheteur. Il est appliqué à titre de dommages intérêts et de clause pénale une indemnité de 10% de la somme impayée. En cas de litige, le tribunal de siège est seul compétent. Pour tout paiement après la date d'échéance une indemnité forfaitaire de 40 euros sera appliquée. La garantie légale de conformité s'applique aux articles L.211-1 du Code de la consommation et art 1641 à 1649 du Code civil.

TVA	Montant HT	Montant TVA	Montant TTC
5,60	61,61	3,39	65,00
0,00			
0,00			
0,00			
0,00			
Total	61,61	3,39	65,00

NET A PAYER € 65,00

N° 88 01 641

SERVICE COURRIER LE

30 AVR. 2024

SERVICE COURRIER LE
13 FEV. 2024

Mon numéro : 2 68 01 87 482 131 88
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
SCHALK VERONIQUE

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
	pour VERONIQUE née le 06 01 88 maladie ref 0810 2020840007730 ref 0810 2020840007730				
20 10 20	DIVERS ORTHESES (DVO) ref 0810 2020840003699	30,23	30,49	100%	30,49
19 10 20	PHARMACIE (PH7) HONOR. DISPENS. (3 HD7) franchise à retenir (1) (3 FRT) PHARMACIE (PH7) HONOR. DISPENS. (HD7) franchise à retenir (1) (FRT) PHARMACIE (PH7) HONOR. DISPENS. (HD7) franchise à retenir (1) (FRT) HONOR. DISPENS. REM (HDR)	3,48 3,06 2,83 1,02 1,51 1,02 0,51	3,48 3,06 2,83 1,02 1,51 1,02 0,51	100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%	3,48 3,06 2,83 1,02 1,51 1,02 0,51
	réglé au destinataire PHARMACIE CENTRALE : 43,82 euros ref 9731 2030040004873				
21 10 20	ACTE BIOLOGIE (B 289,00) participation forfaitaire à retenir (1) (4 FRT)	78,03	78,03	100%	78,03 - 4,00
	réglé au destinataire LABORATOIRE D'OSTWALD : 78,03 euros ref 0810 2030340014506				
23 10 20	PHARMACIE (PH7+PC) HONOR. DISPENS. (HD7+PC) franchise à retenir (1) (FRT) HONOR. DISPENS. REM (HDR+PC)	1,11 1,02 0,51	1,11 1,02 0,51	100% 100% 100%	1,11 1,02 0,51
	réglé au destinataire PHARMACIE CENTRALE : 2,88 euros ref 5766 20307500009194				
28 10 20	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN CORRESPONDANT ECHO DU DOPPLER, OPTAM (ADE) participation forfaitaire à retenir (1) (PFT)	75,60	75,60	100%	75,60 - 1,00
	réglé au destinataire VILLEVAL JEREMY : 75,60 euros ref 9731 2030740019162				
28 10 20	ACTE BIOLOGIE (B 245,00) participation forfaitaire à retenir (1) (2 PFT)	86,15	86,15	100%	86,15 - 2,00
	réglé au destinataire LABORATOIRE D'OSTWALD : 86,15 euros ref 0810 203140024775				

Phie CENTRALE
I. DANO - Dr en Pharmacie
4 rue de la hollau
67540 OSTWALD
Tel: 0388662277
N° SIRET: 35393550500019
Code NAF: 0523A - FR04353935505
FRANCE

FACTURE
N°4708/434892
Du 20/10/2020

Page 1 / 1

Resident

Date de l'échéance 21/10/2020

N° 8801641

SCHALK VERONIQUE
rue des pecheurs
EOLYS
67540 OSTWALD

Prescripteur : HOPITAL DE Haute-pierre
N° AM : 670783273
Opérateur: L M

Désignation Code produit	Prest	Taux Remb	Qds	PLHT	Taux TVA	Montant Total HT
BAROUK Chaussur 36/39 T1 B/1 3401066591163	DVO	100	1	37,185	5,50%	37,19

Montant HT	Taux TVA (%)	Montant TVA	Montant TTC
37,19	5,5% (5)	2,05	39,23
Total HT		Total TVA	Total TTC
37,19		2,05	39,23

Part AMO	30,49
Part AMO	0,00
Part Client	8,74

Mode(s) de règlement	
Reglements multiples (Crédit Remb AMO)	39,23

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

PHARM. CENTRALE
I. DANO - Dr en Pharmacie
24 NOV. 2020
67540 OSTWALD - Rent. 67 2 00 09 00
Tél. 03 88 66 22 77 - Fax 03 88 67 10 05

(v) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 5: taux 5.5

30 AVR. 2024

SERVICE COURRIER LE
13 FEV. 2024

N: 200164

Mon numéro : 2 68 01 67 482 131 69
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
SCHALK VERONIQUE

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
	pour VERONIQUE née le 06-01-68 maladie ref 0610 2031440024776				
05 11 20	PHARMACIE (PH7)	1,55	1,55	100%	1,55
	HONOR. DISPENS. (HDT)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7)	5,53	5,53	100%	5,53
	HONOR. DISPENS. (HDT)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7)	6,30	6,30	100%	6,30
	HONOR. DISPENS. (HDT)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	100%	0,51
	HONOR. DISP. SPEC (HDE)	3,57	3,57	100%	3,57
	régle au destinataire PHARMACIE CENTRALE : 20,52 euros				
	ref 0610 2032840016262				
17 11 20	DIVERS ORTHESES (DVO)	30,49	30,49	100%	30,49
	ref 0610 2032840016266				
19 11 20	PHARMACIE (PH7)	2,25	2,25	100%	2,25
	HONOR. DISPENS. (HDT)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7)	16,60	16,60	100%	16,60
	HONOR. DISPENS. (HDT)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	100%	0,51
	HONOR. DISP. SPEC (HDE)	3,57	3,57	100%	3,57
	régle au destinataire PHARMACIE CENTRALE : 55,46 euros				
	ref 0610 2033540011533				
26 11 20	PHARMACIE (PH7)	6,30	6,30	100%	6,30
	HONOR. DISPENS. (HDT)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	100%	0,51
	HONOR. DISP. SPEC (HDE)	3,57	3,57	100%	3,57
	régle au destinataire PHARMACIE CENTRALE : 11,40 euros				
	ref 0762 2033840006686				
30 11 20	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN CORRESPONDANT C. SPECIFIQUE OPTAM (APC)	50,00	50,00	100%	50,00
	participation forfaitaire à retenir (1) (PFT)				- 1,00

Phie CENTRALE
 I.DANO - Dr en Pharmacie
 4 rue de la hollau
 87540 OSTWALD
 Tel: 0388662277
 N° SIRET: 35393550500019
 Code NAF: 0523A - FR04353935505
 FRANCE

Page 1 / 1

FACTURE
 N°4896/439634

Du 17/11/2020

Date de l'échéance 20/11/2020

Resident

N° = 8001641

SCHALK VERONIQUE
 rue des pecheurs
 EOLYS
 87540 OSTWALD

Prescripteur: CENTRE CHIRURGIE Ortho ma
 N° AM: 570753273
 Opérateur: M

CH/DECHARG.NEUT WPS NOIR 37/38
 9401048204508

OVO 100 1 57,336 5,50% 57,34

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
57,34	5,5% (5)	3,15	60,49

30,49
0,00
30,00

60,49

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

PHARM
 I.DANO
 24 NOV. 2020
 87540 OS
 Tél 03 88

payé

(*) Les codes TVA: code 5: taux 5.5

SERVICE COURRIER LE

30 AVR. 2024

SERVICE COURRIER LE
13 FEV. 2024

Mon numéro : 2 68 01 67 482 131 69
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
SCHALK VERONIQUE

N° 880164

pour votre information

date	nature des prestations	montant dépendance	base du remboursement	taux	montant payé
	pour VERONIQUE né(e) le 06 01 68 maladie ref 5782 2033640006686				
	réglé au destinataire ROBILART ISABELLE : 50,00 euros ref 6810 2033940018358				
01 12 20	MAT.AP.TRT.DIVERS (MAD)	54,32	54,32	100%	54,32
	PHARMACIE (PH7)	1,55	1,55	100%	1,55
	HONOR. DISPENS. (HDT)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				-0,50
	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	100%	0,51
	HONOR. DISP. SPEC (HDE)	3,57	3,57	100%	3,57
	réglé au destinataire PHARMACIE CENTRALE : 80,97 euros ref 6810 2034510013812				
04 12 20	PHARMACIE (PH7)	5,53	5,53	100%	5,53
	HONOR. DISPENS. (HDT)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				-0,50
	PHARMACIE (PH7)	1,24	1,24	100%	1,24
	HONOR. DISPENS. (HDT)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				-0,50
	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	100%	0,51
	HONOR. DISP. SPEC (HDE)	3,57	3,57	100%	3,57
	réglé au destinataire PHARMACIE CENTRALE : 12,89 euros ref 5751 2034940000321				
30 11 20	TAXI (TX)	45,00	45,00	100%	45,00
	franchise à retenir (1) (FRT)				-2,00
	réglé au destinataire TAXI HITCH : 45,00 euros ref 6810 2035040008901				
12 12 20	PHARMACIE (PH7)	16,60	16,60	100%	16,60
	HONOR. DISPENS. (HDT)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				-0,50
	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	100%	0,51
	réglé au destinataire PHARMACIE CENTRALE : 18,13 euros ref 6810 2035640006230				
17 12 20	PHARMACIE (PH7)	16,60	16,60	100%	16,60
	HONOR. DISPENS. (HDT)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				-0,50
	PHARMACIE (PH7)	6,30	6,30	100%	6,30

N° 2801641

Mon numéro: 2 68 01 67 482 131 69
 Mon nom ou celui de mon ayant droit:
 SCHALK VERONIQUE

pour votre information

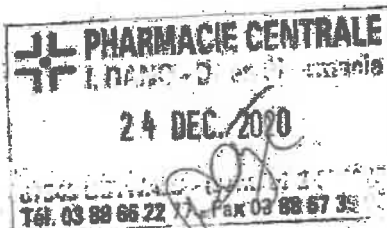
dates	nature des prestations	montant dépense	base du règlement	taux	montant payé
	pour VERONIQUE né(e) le 05.01.68				
	maladie				
	ref 6610 2036580006230				
	HONOR. DISPENS. (HDT)	1,02	1,02	100%	1,02
	PHARMACIE (PH7)	1,55	1,55	100%	1,55
	HONOR. DISPENS. (HDT)	1,02	1,02	100%	1,02
	PHARMACIE (PH4)	4,76	4,76	80%	3,81
	HONOR. DISPENS. (HDT)	1,02	1,02	80%	0,82
	HONOR. DISPENS. REM. (HDR)	0,51	0,51	100%	0,51
	HONOR. DISP. SPEC. (HDE)	3,57	3,57	100%	3,57
	règle au destinataire PHARMACIE CENTRALE : 36,22 euros				
	ref 6610 2036310003918				
22 12 20	PHARMACIE 100% (PH1)	1,99	1,99	100%	1,99
	HONOR. DISPENS. (HDT)	1,02	1,02	100%	1,02
	HONOR. DISPENS. REM. (HDR)	0,51	0,51	100%	0,51
	ref 6610 2036340020110				
18 12 20	PHARMACIE (PH7)	6,30	6,30	100%	6,30
	HONOR. DISPENS. (HDT)	1,02	1,02	100%	1,02
	PHARMACIE (PH7)	1,55	1,55	100%	1,55
	HONOR. DISPENS. (HDT)	1,02	1,02	100%	1,02
	HONOR. DISPENS. REM. (HDR)	0,51	0,51	100%	0,51
	HONOR. DISP. SPEC. (HDE)	3,57	3,57	100%	3,57
	règle au destinataire PHARMACIE CENTRALE : 17,49 euros				
	ref 5761 2036540000231				
29 12 20	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN TRAITANT				
	VISITE LONGUE Sect1 (VL+PC)	60,00	60,00	100%	60,00
	règle au destinataire SCHMITT YANNICK : 60,00 euros				
	ref 6610 2100540011259				
01 01 21	PHARMACIE (PH7+PC)	2,25	2,25	100%	2,25
	HONOR. DISPENS. (HDT+PC)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	5,53	5,53	100%	5,53
	HONOR. DISPENS. (HDT+PC)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	1,24	1,24	100%	1,24
	HONOR. DISPENS. (HDT+PC)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR. DISPENS. REM. (HDR+PC)	0,51	0,51	100%	0,51
	HONOR. DISP. SPEC. (HDE+PC)	3,57	3,57	100%	3,57

Phie CENTRALE
I.DANO - Dr en Pharmacie
43 rue de la hollau
87540 OSTWALD
Tel: 0388662277
N° SIRET: 35393550500019
Code NAF: 0523A - FR04353935605
FRANCE

Page 1 / 2

FACTURE
N°5074/444242
Du 17/12/2020
Date de l'échéance 18/12/2020

Resident



SCHALK VERONIQUE
rue des pecheurs
EOLYS
87540 OSTWALD

SERVICE COURRIER LE 3 FEV. 2024

SERVICE COURRIER

13 0 AVR. 2024

Prescripteur : SCHMITT Yannick
N° AM : 871005726
N° RPPS : 10100601516
Opérateur: EII/D

Désignation Code produit	Presc	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
EZETIMIBE BGR 10mg Cpr Plq/30 3400930085417 N° Ordonnancier : 542468	PH7	100	1	16,259	2,10%	16,26
Honor. dispens. HD7	HD7	100	1	0,999	2,10%	1,00
REPAGLIN BGR 2mg Cpr séc Plq/90 3400949953622 N° Ordonnancier : 542469	PH7	100	1	6,170	2,10%	6,17
Honor. dispens. HD7	HD7	100	1	0,999	2,10%	1,00
LEVOTHYROX 75µg Cpr séc Plq PVC/alu/30 3400930065785 N° Ordonnancier : 542470	PH7	100	1	1,518	2,10%	1,52
Honor. dispens. HD7	HD7	100	1	0,999	2,10%	1,00
RACECADO BGR 100mg Gél. Plq/20 8400930018930 N° Ordonnancier : 542471	PH4	80	1	4,662	2,10%	4,66
Honor. dispens. HD4	HD4	80	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HDR	HDR	100	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDE	HDE	100	1	3,500	2,10%	3,50

Montant HT	Taux TVA (%)	Montant TVA	Montant TTC
36,60	2,1% (4)	0,77	37,37
Total HT	Total TVA	Total TTC	
36,60	0,77	37,37	

Part AMO 36,22
Part AMC 0,00

Mode(s) de règlement
Règlements multiples
(Crédit Remb. AMO) 37,37

Montants exprimés en Euro

(4) Indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

125/11/FACTURATION/FACTURE/IAANC/NVAMEN/IAON/2.12.1.LRS-1/5025170100-R2 / 1261

N° 8001641

PHIE CENTRALE
LDAND - Dr en Pharmacie
Rue de la hollau
87540 OSTWALD
Tel: 0388882277
N° SIRET: 3538395000019
Code NAF: 0523A - FR04353935505
FRANCE

Page 2 / 2

FACTURE

N° 5074/444242

Du 17/12/2020

Date de l'échéance 18/12/2020

SCHALK VERONIQUE
rue des pecheurs
EOLYS
87540 OSTWALD

Part Client 1,15

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

(4) Multiple des quantités unitaires

(7) Les codes TVA: code 4; taux 2.1

12611/FACTURATION/FACTURE/AA110/NAAME/NAADN2 12.1.1.R5-1550/912/0108-R2 11:361

M^e Evelyne SCHALK
3, rue de Fegersheim
67100 STRASBOURG
Tél: 03.88.45.18.91

Tutrice de Madame Véronique SCHALK
N° de sécurité sociale : 2 68 01 67 482 131 69

Mutest
SERVICE RECLAMATION
11, Boulevard Wilson
67090 STRASBOURG

SERVICE COURRIER LE

30 AVR. 2024

Strasbourg, le 5 avril 2024

Objet : Réclamation concernant des demandes de remboursements de soins non prises en compte.

Madame, Monsieur,

Suite à votre courrier du 15 février 2024, mentionnant un délai de deux années pour demande de prise en compte concernant des soins, je tiens à vous apporter une précision.

En effet, une première demande de remboursement a été effectuée dans le délai imparti à savoir en février 2021, sans retour de votre part.

Pour ceci, je vous fais part des documents concernés et vous demande de bien vouloir effectuer la prise en charge de ces prestations.

Dans l'attente de la prise en compte effective de cette réclamation, je vous remercie par avance et vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de ma considération distinguée.



P.J. : décomptes de la CPAM + factures

2040462457D00001 02160

MME SCHALK VERONIQUE
3 RUE DE FEERSHEIM
67100 STRASBOURG



2040462457D0000110107

L'ATELIER MEDICAL
96, Avenue du Rhin
67100 STRASBOURG

Tél. : 03.88.32.33.54

N° 8801641

Mme VERONIQUE SCHALK
2 RUE DE L'ILE DES PECHEURS
FOYER FAM EOLYS
67540 OSTWALD

Code Client :
Objet : Justificatif de règlement

SERVICE COURRIER LE

30 AVR. 2024

STRASBOURG, le 22/03/2024

Mme SCHALK,

Nous vous prions de trouver ci-dessous le relevé des sommes perçues en règlement de la facture 0000064731 émise le : 13/10/2023, d'un montant de : 95,00€.

Date règlement	Mode de paiement	Nom payeur	Montant réglé
23/02/2024	CHEQUE ATELIER	SCHALK	15,60€
15/12/2023	CHEQUE ATELIER	SCHALK	15,00€
17/10/2023	VIREMENT ATELIER	Retour Noemie 01673000	64,40€

Total réglé : 95,00€
Solde restant dû : 0,00€

Nous vous remercions de votre règlement et de la confiance que vous avez bien voulu nous accorder.

Veuillez agréer, Mme SCHALK, l'expression de nos respectueuses salutations.

L'ATELIER MEDICAL



