

Le...03/03/2023...

Facture :

L'attestation de soins jointe est à remettre à la mutuelle afin de bénéficier de votre remboursement.

Montant à payer :420€...

Bénéficiaire : SCHREURS Lauriane

IBAN : BE87 0689 4689 1694

A payer pour le 31/03/2023 au plus tard.

Kiné

→ 06/02/23
au 02/03/23

Si vous avez le moindre problème, veuillez me contacter au 0499/30.56.42.

Bien à vous,

Lauriane Schreurs

COMPLÉTER CI-DESSOUS OU PROPOSER UNE VIGNETTE DE L'OA

Nom et prénom du patient :

SOLIDARIS MUTUALITE PROVINCE NAMUR

Organisme 4468189 040163 2 T
ROUSSEAU FRANCOISE
NISS : Rue Haute, 11/B
5500 Dinant
Adresse de 121/121 63010410835

325

NISS

ATTESTATION DE SOINS DONNES

A COMPLÉTER PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient : ROUSSEAU Françoise

Date de la prestation	N° de nomenclature		Date de la prestation	N° de nomenclature	
06/02/23	560895	(x10)	23/02/23	560895	(x5)
07/02/23	}		27/02/23		
08/02/23			29/02/23		
09/02/23			01/03/23		
10/02/23			02/03/23		
15/02/23					
16/02/23					
17/02/23					
21/02/23					
22/02/23		(1)		(1)	

Prescrit par : Dr GRAILET François

en date du : 16.11.2022

Numéro d'identification I.N.A.M.I.

du/des prescripteur(s) : 1.0272669083

Prescription(s) annexée(s) :
- à la présente (2)
- à l'attestation du 30/12/2022 (2)

Le patient est hospitalisé / ambulant (2) :

N° de l'établissement :
Service : /

(1) Barrer les cases non utilisées
(2) Biffer les mentions inutiles

Identification du dispensateur :

A.R. 15.07.2002
oui 420 EUR

5/50598/71/527
Schreurs Lauriane
Kinésithérapie
Rue du Fort 15
4860 PEPINSTER



Date : 03/03/2023
Signature du dispensateur
Schreurs

REÇU

Perçu pour le compte du N° BCE : 0792491384 22*0001/34

Reçu la somme de : 0 EUR

Date : 03/03/2023
Signature
Schreurs