

SITE DE GODINNE
Département de médecine interne
Pr E. Marchand
(Chef de département)

Mont-Godinne, le 17/02/2023

HÉMATOLOGIE

Pr M. André (Chef de service)
Pr A. Sonet (Chef de service adjoint)

Dr E. Collinge
Dr G. Crochet
Dr J. Depaus
Dr F. Desquesnes
Pr B. Devalet
Dr J. Devreux
Pr C. Graux
Dr H. Vellemans

Pr C. Doyen (Cons. émérite)
Dr V. Mathieux

Prise de rendez-vous

Consultations : +32 (0)81 42 38 15
Hop. Méd. Jour : +32 (0)81 42 60 81

Secrétariat

Tél. : +32 (0)81 42 38 31
Fax : +32 (0)81 42 38 32

PRESCRIPTION

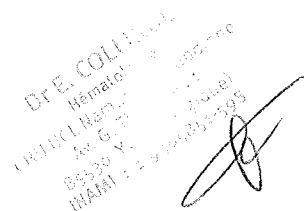
Je soussigné, Docteur en Médecine,
prescrit à Madame **GRIMARD Françoise**, née le 29/05/1954 :

Séances de kinésithérapie mobilisation dans amyotrophie cortisonique et
sur immobilisation, post-allogreffe.

Fréquence: 3x/semaine

Nombre: 30 séances

Cachet et signature:



MC 134



GRIMARD FRANCOISE
RUE DES QUAIRES 19
5650 WALCOURT
130/130 540529 050 55

NISS

Provisoire

Patient : **GRIMARD FRANCOISE**

Mutuelle : **134 Mutualité Chrétienne**

NISS : **54.05.29-050.55**

Adresse : **RUE DES QUAIRES 19
B-5650 WALCOURT**

Patient: **GRIMARD FRANCOISE**

| date de soin | nomenclature | date de soin | nomenclature |
|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 28/02/2023 | 567335 | * | * |
| 28/02/2023 | 639192 | * | * |
| * | * | * | * |
| * | * | * | * |
| * | * | * | * |
| * | * | * | * |
| * | * | * | * |
| * | * | * | * |
| * | * | * | * |
| * | * | * | * |

Médecin prescripteur : **Collinge Elodie**
Date de la prescription : **17/02/2023**
INAMI : **1 93658 51 598**

Date opération :
Code opération :

Date de la première attestation : **01/03/2023**

INAMI maison de repos :

| OUI EUR

JOORIS Françoise
5-19772-51-521

28749638 Date : **25/05/2023**

Q U I T T A N C E

nr. BCE : **0473534303**

Date : **25/05/2023**

Reçu la somme de : **0 EUR**

A payer : **30,5 EUR**

Patient : **GRIMARD FRANCOISE**

Mutuelle : **134 Mutualité Chrétienne**

NISS : **54.05.29-050.55**

Adresse : **RUE DES QUAIRES 19
B-5650 WALCOURT**

Patient: **GRIMARD FRANCOISE**

| date de soin | nomenclature | date de soin | nomenclature |
|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 21/02/2023 | 567335 | 21/03/2023 | 567335 |
| 21/02/2023 | 639192 | 21/03/2023 | 639192 |
| 07/03/2023 | 567335 | 22/03/2023 | 567335 |
| 07/03/2023 | 639192 | 22/03/2023 | 639192 |
| 08/03/2023 | 567335 | 30/03/2023 | 567335 |
| 08/03/2023 | 639192 | 30/03/2023 | 639192 |
| 14/03/2023 | 567335 | 03/04/2023 | 567335 |
| 14/03/2023 | 639192 | 03/04/2023 | 639192 |
| 16/03/2023 | 567335 | 13/04/2023 | 563312 |
| 16/03/2023 | 639192 | 13/04/2023 | 639192 |

Médecin prescripteur : **Collinge Elodie**
Date de la prescription : **17/02/2023**
INAMI : **1 93658 51 598**

Date opération :
Code opération :

Date de la première attestation : **01/03/2023**

INAMI maison de repos :

| **OUI** EUR

LAURENT ISABELLE
54261897527

28749639 Date : **25/05/2023**

Q U I T T A N C E

nr. BCE : **0473534303**

Date : **25/05/2023**

Reçu la somme de : **0 EUR**

A payer : **302 EUR**

Patient : **GRIMARD FRANCOISE**

Mutuelle : **134 Mutualité Chrétienne**

NISS : **54.05.29-050.55**

Adresse : **RUE DES QUAIRES 19
B-5650 WALCOURT**

Patient: **GRIMARD FRANCOISE**

| date de soin | nomenclature | date de soin | nomenclature |
|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 19/04/2023 | 563312 | * | * |
| 19/04/2023 | 639192 | * | * |
| 25/04/2023 | 563312 | * | * |
| 25/04/2023 | 639192 | * | * |
| 04/05/2023 | 563312 | * | * |
| 04/05/2023 | 639192 | * | * |
| 08/05/2023 | 563312 | * | * |
| 08/05/2023 | 639192 | * | * |
| * | * | * | * |
| * | * | * | * |

Médecin prescripteur : **Collinge Elodie**
Date de la prescription : **17/02/2023**
INAMI : **1 93658 51 598**

Date opération :
Code opération :

Date de la première attestation : **01/03/2023**

INAMI maison de repos :

 | **OUI** **EUR**

LAURENT ISABELLE
54261897527

28749640 Date : **25/05/2023**

Q U I T T A N C E

nr. BCE : **0473534303**

Date : **25/05/2023**

Reçu la somme de : **0 EUR**

A payer : **110 EUR**

Patient : **GRIMARD FRANCOISE**

Mutuelle : **134 Mutualité Chrétienne**

NISS : **54.05.29-050.55**

Adresse : **RUE DES QUAIRES 19
B-5650 WALCOURT**

Patient: **GRIMARD FRANCOISE**

| date de soin | nomenclature | date de soin | nomenclature |
|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 27/02/2023 | 567335 | 27/03/2023 | 567335 |
| 27/02/2023 | 639192 | 27/03/2023 | 639192 |
| 02/03/2023 | 567335 | 28/03/2023 | 567335 |
| 02/03/2023 | 639192 | 28/03/2023 | 639192 |
| 10/03/2023 | 567335 | 04/04/2023 | 567335 |
| 10/03/2023 | 639192 | 04/04/2023 | 639192 |
| 13/03/2023 | 567335 | 06/04/2023 | 567335 |
| 13/03/2023 | 639192 | 06/04/2023 | 639192 |
| 24/03/2023 | 567335 | 11/04/2023 | 563312 |
| 24/03/2023 | 639192 | 11/04/2023 | 639192 |

Médecin prescripteur : **Collinge Elodie**
Date de la prescription : **17/02/2023**
INAMI : **1 93658 51 598**

Date opération :
Code opération :

Date de la première attestation : **01/03/2023**

INAMI maison de repos :

| OUI EUR

DOYEN FRANCOIS-XAVIER
54504694527

28749641 Date : **25/05/2023**

Q U I T T A N C E

nr. BCE : **0473534303**

Date : **25/05/2023**

Reçu la somme de : **0 EUR**

A payer : **302 EUR**

Patient : **GRIMARD FRANCOISE**

Mutuelle : **134 Mutualité Chrétienne**

NISS : **54.05.29-050.55**

Adresse : **RUE DES QUAIRES 19
B-5650 WALCOURT**

Patient: **GRIMARD FRANCOISE**

| date de soin | nomenclature | date de soin | nomenclature |
|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 14/04/2023 | 563312 | * | * |
| 14/04/2023 | 639192 | * | * |
| 21/04/2023 | 563312 | * | * |
| 21/04/2023 | 639192 | * | * |
| 24/04/2023 | 563312 | * | * |
| 24/04/2023 | 639192 | * | * |
| 27/04/2023 | 563312 | * | * |
| 27/04/2023 | 639192 | * | * |
| 02/05/2023 | 567335 | * | * |
| 02/05/2023 | 639192 | * | * |

Médecin prescripteur : **Collinge Elodie**
Date de la prescription : **17/02/2023**
INAMI : **1 93658 51 598**

Date opération :
Code opération :

Date de la première attestation : **01/03/2023**

INAMI maison de repos :

 | OUI EUR

DOYEN FRANCOIS-XAVIER
54504694527

28749642 Date : **25/05/2023**

Q U I T T A N C E

nr. BCE : **0473534303**

Date : **25/05/2023**

Reçu la somme de : **0 EUR**

A payer : **140,5 EUR**