

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**

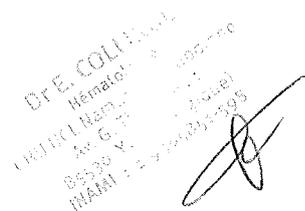
Je soussigné, Docteur en Médecine,  
prescrit à Madame **GRIMARD Françoise**, née le 29/05/1954 :

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**