

Identification de l'organisme complémentaire ALMERYS		Code ALMER63C01		Adresse 46 RUE DU RESSORT 63967 CLERMONT FERRAND CEDEX 9											
Identification de l'établissement N° INELSS 830100624 454 - IHM - Côte d'Azur SSR 590, boulevard de la Marine, BP 40081 83407 HYERES CEDEX		CODE CATÉGORIE 109	Coefficient MCO 0,0000 Coefficient HAD 0,0000	Références à rappeler Clé facture C N° de lot N° Facture 20050303 N° d'entrée 45410949001 N° Feuillet 1/1											
Domiciliation bancaire de l'établissement BNPPARB Montparnasse ENT		Bic		Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>											
IBAN		Banque 30004	Guichet 00274	Compte 00011123688	Clé 58										
Le bénéficiaire des soins			L'assuré(e) titulaire du contrat AMC (ou titulaire du contrat AMC pour l'assuré(e))												
Nom de naissance et prénom(s) BOUCHELOT Marguerite Nom usuel : REVILLON			Nom de naissance et prénom(s) BOUCHELOT Marguerite Nom usuel : REVILLON												
N° d'immatriculation et clé 2 35 11 20 162 001 41		N° d'immatriculation et clé		N° contrat/adhérent(e)											
Code organisme de rattachement		Date et rang de naissance 10/11/1935 1		Adresse RESIDENCE SENIOR											
N° centre gestionnaire 01 831 000		Date début hospitalisation 08/03/2020		RUE GENERAL DE GAULLE											
Entrée le 13/03/2020 11:52		Sortie le 28/05/2020 09:30		83250 LA LONDE LES MAURES											
Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins															
Maladie <input checked="" type="checkbox"/>		Accident causé par un tiers		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, date											
Maternité <input type="checkbox"/>		AT/MP <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/>											
Frais de structure et de soins															
Transfert	Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations	Période		Prix unitaire	Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
					Du	Au						Taux	Montant		
S	03	172		PJ	16/05/20	27/05/20	188,83	12	1	1799,36	2265,96	100	1799,36	240,00	
				FJ	16/05/20	27/05/20	20,00	12	1	240,00					
				PMS	17/05/20	17/05/20	5,97	1	1	5,37	5,97	100	5,37		
				PMS	24/05/20	24/05/20	5,97	1	1	5,37	5,97	100	5,37		
				FJA	28/05/20	28/05/20	20,00	1	1	20,00			20,00		
				PMS	28/05/20	28/05/20	5,97	1	1	5,37	5,97	100	5,37		
Sous-total 1										2075,47	2283,87	1815,47	260,00		
Produits de la PIP (actuels) et spécialités pharmaceutiques															
Transfert	Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations	N° identification du prescripteur	Date d'implantation	Prix unitaire/ tarif de référence	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)	
											Taux	Montant			
	07	000		PH7	830100624	28/05/2020	3,10	1	3,10	3,10	65	2,02	1,08		
Sous-total 2										3,10	3,10	2,02	1,08		
Sous-total 1+2										2078,57	2286,97	1817,49	261,08		

454 - IHM - Côte d'Azur SSR

590, boulevard de la Marine
BP 40081
83407 HYERES CEDEX

Tel. 04.94.12.12.12
Fax 04.94.12.13.14

Finess 83 0 10062 4
Siret 739 501 229 00010

ATTESTATION ENGAGEMENT DES DÉPENSES

Identification du malade (IPP 10949) :

NOM :	REVILLON Née BOUCHELOT	N° Sécu :	2 35 11 20 162 001 41
Prénom :	Marguerite	Date naissance	10/11/1935

En qualité de directeur de l'établissement, je certifie avoir acheté dans le cadre de l'article 17 III-3 du contrat national tripartite du 15 avril 1997 la pharmacie désignée ci-dessous au prix indiqué sur le présent document.

Conformément à l'article 22 du contrat national tripartite, le prix facturé tient compte des rabais, remises et ristournes appliqués par le fournisseur.

N° de séjour	45410949001
Service	ETG1 - 1er étage
Période de facturation	Du 13/03/2020 au 28/05/2020

Spécialité	Qté	Unité	PU (HT)(€)	Taux TVA	ALD	MTT TTC(€)
AMLODIPINE 5MG ARROW GELULE 30	76.0	gélule	0.04	2.1		3.10
Sous-total PH7						3.10
Sous-total sans ALD						3.10
Sous-total avec ALD						0
TOTAL						3.10

Par délégation du directeur d'établissement, signature du pharmacien



Patricia BRU
Pharmacien
103699H