

Etablissement de santé privé

BORDEREAU DE FACTURATION DESTINE A L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE

Date de la facture AMC : 26/05/2020

Identification de l'organisme complémentaire LA MUTUELLE GENERALE67		Code LA MUTUELLE67	Adresse : CS 80031 67081 STRASBOURG CEDEX		Feuillet n° 1 / 2
Etablissement			Coefficient MCO	Références rappelées	
Identification CLINIQUE DE CHATILLON 539 RUE SAINTE CLEMENCE 01200 CHATILLON EN MICHAILLE			N° finesse 010010171	Code catégorie 161	Signature de l'assuré(e) Absence de signature
Domiciliation bancaire de l'établissement CLINIQUE DE CHATILLON BICCEPAFRPP382			IBAN : FR7613825002000801202762254		
Bénéficiaire des soins			Assuré(e) titulaire du contrat AMC (mentionné sur l'E.P. ou sur la carte)		
Nom de naissance et prénom(s) LANIER THERESE - RINALDI (suivis s'il y a lieu du nom d'usage)			Nom de naissance et prénom(s) (suivis s'il y a lieu du nom d'usage)		
N° d'immatriculation : 2 62 10 70 285 232 27			Adresse : 1 BIS RUE JOLIOT CURIE CHATILLON EN MICHAILLE 01200 VALSERHONE		
Code organisme de rattachement : 01011			N° contrat / adhérent : (mentionné sur E.P. ou carte)		
N° centre gestionnaire : 1121			Date et rang de naissance : 10/10/1962 - 1		
Entré le : 15/05/2020			Date début hospitalisation : 15/05/2020		
Sortie le : PRESENT					

Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins

Maladie	<input checked="" type="checkbox"/>	AT / MP	<input type="checkbox"/>	Accident causé par un tiers	Non	Oui	Si oui, Date
Maternité	<input type="checkbox"/>	Régime Alsace Moselle	<input type="checkbox"/>	Exonération forfait journalier	Non	Oui	

Frais de structure et de soins

Tr	MT	DMT	DCS	Prestations		Période		Prix unit	Qte	Coef	Mt Facturé	Régime obligatoire			Mt AMC en tiers payant	Reste charge pour l'assuré(e)		
						Du	Au					Base de rbt	Taux	Montant				
P	39	230		PJ		18/05/20	21/05/20	267,80	4	1	1 071,20	1 071,20	100	1 011,20	60,00			
				FJ		18/05/20	21/05/20	15,00	4									
P	39	230		PHJ		18/05/20	21/05/20	3,54	4	1	14,16	14,16	100	14,16	45,00			
	03	230		PJ		22/05/20	24/05/20	189,94	3	1	569,82	569,82	100	524,82				
				FJ		22/05/20	24/05/20	15,00	3									
	03	230		PHJ		22/05/20	24/05/20	3,54	3	1	10,62	10,62	100	10,62				
	03	230		PMS		24/05/20		4,26	1	1	4,26	4,26	100	4,26				
	39	230		CPC		18/05/20	21/05/20	40,00	4	1	160,00				160,00			
Sous-total 1											1 830,06	1 670,06		1 565,06	265,00			

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques

Tr	MT	DMT	DCS	Prestations	N° identifi. du prescripteur	Date d'implantation	Prix unit tarif de rf	Qte	Mt Facturé	Régime obligatoire			Mt AMC en tiers payant	Reste charge pour l'assuré(e)
										Base de rbt	Taux	Montant		
Sous-total 2														
Sous-total 1 + 2										1 830,06	1 670,06		1 565,06	265,00

(*) : Autre AMC

Imprimé le 26/05/2020 16:28:45

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire

Tr	N°	N° identif. du prescripteur	SP	N° Identif. exécutant	SP	Ta	Cv	Date des soins	Date prescription	Code regroup lettre cl	Loc dent	Prix unitaire	Eléments		Qte Coe Dér	Coef assoc	Honoraires facturés	Dp	Régime obligatoire			Mt AMC en tiers payant	Reste charge pour l'assuré(e)
													Modif	Rbt Excp					Base de rbt	Taux	Montant		
1	1	011012291	33	010010171	01	11	1	18/05/2020		ATM		14,26			1	1,00	14,26		14,26	100	14,26		
1	1	011012291	33	010010171	01	11	1	18/05/2020		G		25,00			1	1,00	25,00		25,00	100	25,00		
2	2			011024346	33	25	1	18/05/2020		CNP		39,00			1	0,80	31,20		31,20	100	31,20		
2	2			011024346	33	25	1	19/05/2020		CNP		39,00			1	0,80	31,20		31,20	100	31,20		
3	010010171	01		013700851	30	20	1	19/05/2020		B		0,27			1	120,00	32,40		32,40	100	32,40		
4	4			011013034	33	25	1	20/05/2020		CNP		39,00			1	0,80	31,20		31,20	100	31,20		
4	4			011013034	33	25	1	21/05/2020		CNP		39,00			1	0,80	31,20		31,20	100	31,20		
3	010010171	01		013700851	30	20	1	22/05/2020		B		0,27			1	55,00	14,85		14,85	100	14,85		
4	4			011013034	33	25	1	22/05/2020		CNP		39,00			1	0,80	31,20		31,20	100	31,20		
4	4			011013034	33	25	1	23/05/2020		CNP		39,00			1	0,80	31,20		31,20	100	31,20		
4	4			011013034	33	25	1	24/05/2020		CNP		39,00			1	0,80	31,20		31,20	100	31,20		
Sous-total 3																	304,91		304,91		304,91		

Transfert provisoire - N° finess établissement 1

N° finess établissement 2

(*) : Autre AMC

Mandataire(s) N° 1				Mandataire(s) N° 2				Mandataire(s) N°			
B				B MANDATAIRE CHATILLON				B			
Centre CCP ou Banque				Centre CCP ou Banque				Centre CCP ou Banque			
Compte				Compte				Compte			
Guichet				Guichet				Guichet			
Clé				Clé				Clé			

Montant facturé par le praticien

N° 1		N° 2		N° 3		N° 4		N°	N°	N°
HERGIBO		BELBERKA		LABORATOIRE		MAURIN				
39,26	010010171	62,40	011024346	47,25	013700851	156,00	011013034			

Montant total en euros (1+2+3) **2 134,97**Rappel du numéro de facture : **000018156**

L'émission du présent bordereau atteste du renseignement de celui-ci sur le fondement du bordereau de facturation du régime obligatoire.