

Identification de l'organisme complémentaire ALMERYS CONVENTION 2692				Code		Adresse SCE PRISES EN CHARGE 46 RUE DU RESSORT 63967 CLERMONT FERRAND CEDEX 09									
Identification de l'établissement SYNERGIA LUBERON 235 ROUTE DE GORDES 84300 CAVAILLON				N° FINESS 840000400		CODE CATEGORIE 365		Références à rappeler Clé facture C N° de lot N° de facture 003832407 N° d'entrée 20901364.00 N° PEC AMC N° feuillet 1 / 2				Signature de l'assuré(e) Absence de signature			
Domiciliation bancaire de l'établissement CREDIT MUTUEL IBAN FR76 1027 8065 1100 0207 4660 135 BIC CMCIFR2A															
Le bénéficiaire des soins Nom de naissance et prénom(s) SOLER SYLVETTE (ARBELET) suivi s'il y a lieu du nom d'usage								L'assuré(e) titulaire du contrat AMC Nom de naissance et prénom(s) SOLER SYLVETTE (ARBELET) suivi s'il y a lieu du nom d'usage							
N° d'immatriculation et clé 2420630334097 09 Code organisme de rattachement 01 841 N° centre gestionnaire Entrée le 02/03/2020 12								Date et rang de naissance 07/06/1942-1 Date début hospitalisation 02/03/2020 Sortie le 02/03/2020 18				N° de contrat/adhérent CONTR. 1486958850			
Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins															
Maladie OUI Maternité NON				AT/MP NON				Accident causé par un tiers..... NON Exonération forfait journalier.... NON				Si oui, date Régime Alsace Moselle NON			
Frais de structure et de soins															
T	MT	DMT	D C	Code	Période Du	Période au	P.U. de l'étab.	Quant.	Coef.	Mt. Facturé	Base remb R.O.	Taux	Mt. AMO	Mt. AMC	Assuré(e) R.A.C.
S			M M	GHS PAS	02/03/20	02/03/20	354,28 24,00	1 1	1,00 1,00	354,28	354,28	100	330,28	24,00	
Sous-total 1										354,28	354,28		330,28	24,00	
Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques															
T	MT	DMT	D C	Code	Prescr.	Date Imp.	P.U.	Quant	Mt. Facturé	Base remb R.O.	Taux	Mt. AMO	Mt. AMC	Assuré(e) R.A.C.	
Sous-total 2															
Sous-total 1+2										354,28	354,28		330,28	24,00	

N° feuillet 2 / 2																							Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire									
T	N	Prescr.	Sp	Exécutant	Sp	Z	C	Date Acte	Date Presc.	Code	LD	P.U.	Mod	Rem Exp	Coef. /Qté	Code Ass	Mt facturé	DP	Base Remb R.O.	Taux	Mt. AMO	Mt. AMC	Assuré R.A.C									
S	01			841004856	02	20		02/03/20		ADA		49.85	7		1.00		52.84		52.84	100	52.84											
S	02			841026297	08	20		02/03/20		ATM		153.60			1.00		153.60		153.60	100	153.60											

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1					N° FINESS établissement 2														
MANDATAIRE(S) Banque CIC VAUCLUSE (ENT) IBAN FR76 1009 6185 5900 0250 2541 093 BIC CMCIFRPP			N° 12		MANDATAIRE(S) Banque IBAN BIC			N°		MANDATAIRE(S) Banque IBAN BIC			N°						
Montant facturé par le praticien																			
N° 1 DR TEODOR GABRIELA ADELI 841004856 Euros		311		N° 2 DR PENALVER FRANÇOIS ADELI 841026297 Euros		552		N° ADELI Euros		N° ADELI Euros		N° ADELI Euros		N° ADELI Euros					
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					560.72					Rappel du numéro de la facture C 003832407					Rappel du numéro d'entrée 20901364.00				