

## ETABLISSEMENT DE SANTE PRIVE - BORDEREAU DE FACTURATION DESTINE A L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE

Date d'élaboration 05/06/2020

<b>Identification de l'organisme complémentaire</b> ALMERYS		Code 2039		Adresse 46 RUE DU RESSORT 63967		SERV PRISE EN CHARGE CLERMONT FERRAND CEDEX	
<b>Identification de l'établissement</b> GIE IMAGERIE MEDICALE 81 AVE DU DOCTEUR DONAT 06800 CAGNES SUR MER		N° Finess 060021334	Code catégorie 602	<b>Clé de la facture</b> N° de Lot N° de facture N° d'entrée N° PEC AMC		Référence à rappeler C 206144601 2061446	
Domiciliation bancaire de l'établissement Centre CCP ou banque 19106		GIE IMAGERIE MEDICALE Guichet00697		CA Compte 43511745617		Clé 70	
						<b>Signature de l'assuré(e)</b>          <b>Absence de signature</b> <input checked="" type="checkbox"/>	

<b>Le bénéficiaire des soins</b>				<b>L'assuré(e) titulaire du contrat AMC</b>			
Nom de naissance et prénom(s) RISO JEAN CLAUDE suivi s'il y a lieu du nom d'usage				Nom de naissance et prénom(s) RISO JEAN CLAUDE suivi s'il y a lieu du nom d'usage			
N° immatriculation et clé 1640606004053 67		Code organisme de rattachement 01/061		N° immatriculation et clé 1640606004053 67		N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte	
Date et rang de naissance 19/06/1964 1		Date de début hospitalisation 05/06/2020		Adresse 1 PLACE DES TILLIEULS 06510 BEZAUDUN			
N° centre gestionnaire 1000		Entrée le 05/06/2020		Sortie le 05/06/2020			

<b>Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins</b>			
Maladie <input checked="" type="checkbox"/>	Accident causé par un tiers		Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Maternité <input type="checkbox"/>	AT/MP <input type="checkbox"/>		Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Exonération forfait journalier		Si oui, date 00/00/00 Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/>	

Frais de structure et de soins																
Transfert	Mode de traitement	DMT	DC\$	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'assurée
						Du	Au						Taux	Montant		
S	19	753		FTN		05/06/20	05/06/20	195.91	1	1.00	195.91	195.91	100.00	195.91		
Sous-total 1											195.91	195.91		195.91	0.00	0.00

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques														
Transfert	Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations	N° identification 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'assurée
											Taux	Montant		
Sous-total 2										0.00		0.00	0.00	0.00
Sous-total 1 + 2										195.91		195.91	0.00	0.00

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire																								
Transfert	Numéro de case	N° d'identification prescripteur	Spécialité	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	Code convention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Localisation dentaire	Prix unitaire	Elément de tarification		Quantité ou coefficient ou dénombrement	Coefficient association	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)	
													Modificateur	Code remb. except						Taux	Montant			
S	1			061818332	06	23	01	05/06/20		ADI		69.00			1.00		69.00		69.00	70.00	48.30	20.70		
S	1			061818332	06	23	01	05/06/20		ADI		0.75			1.00		0.75		0.75	70.00	0.53	0.22		
Sous-total 3																	69.75		69.75			48.83	20.92	0.00

GIE IMAGERIE MEDICALE SAINT JEAN

Groupement d'Intérêt Economique

81 Avenue du Docteur Denat

06800 CAGNES SUR MER

TEL : 04 92 13 53 00

Siret N° 444 714 125 00010

Finess N° 060021334

**GIE IMAGERIE MEDICALE SAINT JEAN**  
 Groupement d'Intérêt Economique  
 81 Avenue du Docteur Bonat  
 06800 CAGNES SUR MER  
 TEL : 04.92.13.53.00  
 Stret N° 444 714 125 00010  
 Finess N° 06002133

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1										N° FINESS établissement 2																													
MANDATAIRE(S) B* MANDATAIRE CA					N° 1					MANDATAIRE(S) B*					N°					MANDATAIRE(S) B*					N°														
Centre CCP ou banque 19106					Guichet 00697					Centre CCP ou banque					Guichet					Centre CCP ou banque					Guichet														
Compte 43514014990					Cle 90					Compte					Cle					Compte					Cle														
Montant facturé par le praticien.																																							
N°1 LUND AURELIEN					N°2					N°3					N°4					N°5					N°6					N°7									
ADELI 061818332					ADELI					ADELI					ADELI					ADELI					ADELI					ADELI									
€ 20.92					€					€					€					€					€					€									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)										265.66 €										Rappel du numéro de facture										206144601									

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

B\* : Banque

- 0000 Feuille 2 / 2