

Identification de l'organisme complémentaire MFTGS SAFRAN ALMERYS		Code MFTGS63C01		Adresse 46 RUE DU RESSORT 63967 CLERMONT FERRAND CEDEX 9											
Identification de l'établissement N° FINESS 130035793 Clinique Glanum 1 Avenue Renée de la comble, 13210 ST REMY DE PROVENCE		CODE CATÉGORIE 109	Coefficient MCO 0,9965 Coefficient HAD 0,9965	Références à rappeler Clé facture C N° de lot N° Facture 20060048 N° d'entrée 20000255 N° PEC AMC 45237	Signature de l'assuré(e)										
Domiciliation bancaire de l'établissement DGE ILE DE FRANCE IBAN FR07 3000 2029 3300 0006 0991 N47 Banque 30002 Guichet 02933 Compte 0000060991N Clé 47		Bic CRLYFRPP		Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>											
Le bénéficiaire des soins			L'assuré(e) titulaire du contrat AMC (à remplir si le bénéficiaire n'est pas l'assuré(e))												
Nom de naissance et prénom(s) LEBLANC Micheline Nom usuel : PECHON			Nom de naissance et prénom(s) LEBLANC Micheline Nom usuel : PECHON												
N° d'immatriculation et clé 2 38 04 75 028 040 47 Code organisme de rattachement 01131 N° centre gestionnaire 01 131 001 Entrée le 19/05/2020 14:00		Date et rang de naissance 25/04/1938 1 Date début hospitalisation 13/05/2020 Sortie le		N° contrat/adhérent(e) (mentionner l'ET si applicable)											
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"/>		Exonération forfait journalier..... 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		
P	03	172		ENT	19/05/20	19/05/20	57,20	1	1	51,48	57,20	100	51,48	300,00	450,00 9,00
	03	172		PJ	19/05/20	02/06/20	180,52	15	1	2137,02	2707,80	100	2137,02		
	03	172		FJ	19/05/20	02/06/20	20,00	15	1	300,00					
	03	172		ST2	20/05/20	20/05/20	158,01	1	1	158,01	158,01	100	158,01		
	03	172		PMS	24/05/20	24/05/20	5,98	1	1	5,38	5,98	100	5,38		
	03	172		PMS	31/05/20	31/05/20	5,98	1	1	5,38	5,98	100	5,38		
	03	172		CPC	19/05/20	02/06/20	80,00	15	1	1200,00	1200,00			750,00	
	03	172		FAH	20/05/20	20/05/20	9,00	1	1	9,00	9,00				
Sous-total 1										3866,27	4143,97		2357,27	1050,00	459,00
Produits de la LPP (acturables 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			
Sous-total 2															
Sous-total 1+2										3866,27	4143,97		2357,27	1050,00	459,00

Clinique Glanum

1 Avenue Renée de la comble
 13210 ST REMY DE PROVENCE
 Téléphone : 04.32.60.66.00 Finess 13 0 03579 3
 Autre tél / Fax : 04.32.60.09.01

BULLETIN DE SITUATION

Séjour H 20000255
 IPP 6077412
 08/06/2020 12:52 (PM)

PATIENTE

PECHON Micheline
 Née LEBLANC
 21 rue jules DEYE
 13990 FONTVIEILLE
 Née le 25/04/1938 82 ans
 Risque 10 - Maladie
 Exo 3 - Soins exonérés
 Hospitalisation complète (non compris hospitalisation de semaine)
 RF - Rééducation fonctionnelle et réadaptation
 172 - Rééducation fonctionnelle et réadaptation
 Date d'entrée **19/05/2020 14:00 (Transfert)**
 Finess 130781370 CLINIQUE JEANNE D'ARC ARLES
 Date de sortie _____ **(Présent)**

ASSUREE

PECHON Micheline
 NIR : 2 38 04 75 028 040 47
 AMO : CPAM MARSEILLE
 840 DGH
 841 GPH, CS 60007
 13364 MARSEILLE CEDEX 10
 Centre : CPAM MARSEILLE CENTRE 001 MARSEILLE
 STRASBOURG BP 312
 13303 MARSEILLE CEDEX 03
 AMC : MFTGS SAFRAN ALMERYS
 46 RUE DU RESSORT
 63967 CLERMONT FERRAND CEDEX 9

Le 08/06/2020

Cachet de l'établissement et signature

CLINIQUE GLANUM
 Facturation - Recouvrement
 1 Avenue Renée de la Comble
 13210 SAINT REMY DE PROVENCE
 N° Siret 579 504 242 00028 - Finess 13
 Tél. 04.32.60.66.00 - Fax 04.32.60.09.01

Clinique Glanum

1 Avenue Renée de la comble
 13210 ST REMY DE PROVENCE
 Téléphone : 04.32.60.66.00 Finess 13 0 03579 3
 Autre tél / Fax : 04.32.60.09.01

BULLETIN DE SITUATION

Séjour H 20000255
 IPP 6077412
 08/06/2020 12:52 (PM)

PATIENTE

PECHON Micheline
 Née LEBLANC
 21 rue jules DEYE
 13990 FONTVIEILLE
 Née le 25/04/1938 82 ans
 Risque 10 - Maladie
 Exo 3 - Soins exonérés
 Hospitalisation complète (non compris hospitalisation de semaine)
 RF - Rééducation fonctionnelle et réadaptation
 172 - Rééducation fonctionnelle et réadaptation
 Date d'entrée **19/05/2020 14:00 (Transfert)**
 Finess 130781370 CLINIQUE JEANNE D'ARC ARLES
 Date de sortie _____ **(Présent)**

ASSUREE

PECHON Micheline
 NIR : 2 38 04 75 028 040 47
 AMO : CPAM MARSEILLE
 840 DGH
 841 GPH, CS 60007
 13364 MARSEILLE CEDEX 10
 Centre : CPAM MARSEILLE CENTRE 001 MARSEILLE
 STRASBOURG BP 312
 13303 MARSEILLE CEDEX 03
 AMC : MFTGS SAFRAN ALMERYS
 46 RUE DU RESSORT
 63967 CLERMONT FERRAND CEDEX 9

Le 08/06/2020

Cachet de l'établissement et signature

CLINIQUE GLANUM
 Facturation - Recouvrement
 1 Avenue Renée de la Comble
 13210 SAINT REMY DE PROVENCE
 N° Siret 579 504 242 00028 - Finess 13
 Tél. 04.32.60.66.00 - Fax 04.32.60.09.01



N° de Contrat : 1051
Nom de l'organisme complémentaire : MFTGS-SAFRAN
Adhérent : PECHON MICHELINE
NNI : 2 38 04 75 028 040
Patient hospitalisé : PECHON MICHELINE
Né(e) le : 25/04/1938

N° de dossier : 20000255
Objet : PEC n° 45237
Date de fin de validité de la PEC : 14/05/2021
Date de péremption de la PEC : 14/05/2021

CLINIQUE GLANUM - KORIAN
Service des admissions
N° FINESSE : 130035793
1 AV RENEE DE LA COMBLE
13210 - ST REMY DE PROVENCE
[Fax: 04 32 60 09 01]

Clermont-Ferrand, le 14/05/2020

PRISE EN CHARGE

Nous soussignés, almerys, donnons par la présente, notre accord de prise en charge préalable, pour la période du 19/05/2020 au 02/06/2020, conformément aux garanties du contrat cité en référence, à savoir :

Honoraires chirurgicaux : 100.00 % du TC - 100% Rbss par acte

Honoraires chirurgicaux CAS/OPTAM(CO) : 100.00 % du TC - 100% Rbss par acte

Forfait journalier : 20,00 euros par jour pendant 15 jours

Frais de séjour : 100.00 % du TC - 100% Rbss par acte

Participation Forfaitaire Assuré : 24,00 euros

Chambre particulière : 50,00 euros par jour pendant 15 jours

Informations complémentaires :

- Code risque : non précisé
- Mode de traitement : Hospitalisation complète
- Discipline médico-taritaire : Rééducation Fonctionnelle et Réadaptation Polyvalente

Le présent accord de prise en charge délivré par almerys ne vaut engagement que pour le mode de traitement indiqué dans cet accord. Toute facturation par l'établissement d'une chambre particulière dans le cadre des dispositions du Décret N° 2011-221 du 28 février 2011 autorisant cette facturation à un patient admis dans le cadre d'une hospitalisation en ambulatoire ou de jour doit faire l'objet d'une demande de prise en charge préalable auprès d'almerys précisant ces modes de traitement spécifiques.

Dans le cadre de notre politique de lutte contre la fraude et pour toute facturation de chambre particulière, merci de joindre à la facture le document signé par l'adhérent confirmant le choix de celle-ci.

Nous vous prions d'agréer, l'expression de nos salutations distinguées.

Service Prestations Almerys

Vous pouvez mettre en place la télétransmission de votre facturation à destination d'almerys en nous contactant via la boîte mail teletransmission.hospi@almerys.com ou au 04-73-74-71-42 de 9h à 12h et de 13h30 à 17h30 du lundi au vendredi.

Votre facture est à adresser accompagnée d'une photocopie de ce document à

almerys - service des prises en charge

46, rue du Ressort - 63967 Clermont Ferrand CEDEX 9

Tél: 0 825 826 214 - Email: almpec@almerys.com - Fax: 0 825 826 196