

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

Date d'élaboration 08/06/2020

Identification de l'organisme complémentaire ADREA - ALMERYS		Code ADREA		Adresse 46 RUE DU RESSORT 63967 CLERMONT FERRAND CEDEX 9	
Identification de l'établissement CLINIQUE SAINT NABOR 75 RUE GENERAUX ALTMAYER 57500 SAINT AVOLD		N° Finess 570000083	Code catégorie 365	Référence à rappeler C	
Domiciliation bancaire de l'établissement Centre CCP ou banque 30004		CLINIQUE SAINT NABOR Guichet 02847	BNP PARIBAS MOSELLE ENT. Compte 00010129478	Clé 46	Signature de l'assuré(e)  Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>
Le bénéficiaire des soins			L'assuré(e) titulaire du contrat AMC		
Nom de naissance et prénom(s) suivi s'il y a lieu du nom d'usage			KLEIN DOMINIQUE KLEIN		
N° immatriculation et clé 1600757311002 25			N° immatriculation et clé 1600757311002 25		
Code organisme de rattachement 02/575			Date et rang de naissance 31/07/1960 1		
N° centre gestionnaire 5000			Date de début hospitalisation 29/05/2020		
Entrée le 29/05/2020			Sortie le 29/05/2020		
N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte			57430 WILLERWALD		

Maladie <input checked="" type="checkbox"/>		Accident causé par un tiers		Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		Si oui, date 00/00/00	
Maternité <input type="checkbox"/>		AT/MP <input type="checkbox"/>		Exonération forfait journalier		Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
						Régime Alsace Moselle <input checked="" 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'assurée
					Du	Au						Taux	Montant		
S			C	GHS	29/05/20	29/05/20	511.29	1	1.00	511.29	511.29	100.00	511.29	40.00	
S			C	CPC	29/05/20	29/05/20	40.00	1	1.00	40.00					
Sous-total 1										551.29	511.29		511.29	40.00	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	0.00
Sous-total 1 + 2												551.29	511.29		511.29	40.00	0.00

**Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire**

Transfert	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	Coefficient	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
																		Taux	Montant		
S	1		571720234	41	20	1	29/05/20		ADC		270.13	< J	1.00		341.71		341.71	100.00	341.71		
S	2		571902915	02	20	1	29/05/20		ADA		101.90	7	1.00		108.01		108.01	100.00	108.01		
S	3	571720234	577016751	26	30	1	29/05/20	29/05/20	AMC		2.15		7.50		16.13		16.13	100.00	16.13		

Sous-total 3      465.85      465.85      465.85      0.00      0.00

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2			
MANDATAIRE(S) B* CPTÉ HONORAIRES CLINIQUE BNP PARIBAS MOSELLE ENT. Centre CCP ou banque 30004      Guichet 02847 Compte 00010129575      Cle 46		MANDATAIRE(S) B* Centre CCP ou banque      Guichet Compte      Cle		MANDATAIRE(S) N° B* Centre CCP ou banque      Guichet Compte      Cle		N°	
Montant facturé par le praticien.							
N°1 SCP HUTTIN PASCAL	N°2 FURST Oliver	N°3 SKOCZYLAS LOIC	N°4	N°5	N°6	N°7	
ADELI 571720234 € 0.00	ADELI 571902915 € 0.00	ADELI 577016751 € 0.00	ADELI €	ADELI €	ADELI €	ADELI €	
<b>MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)</b>			<b>1017.14 €</b>				
<b>Rappel du numéro de facture</b>			<b>20/04455/01</b>				

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

B\* : Banque