

## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS BORDEREAU DE FACTURATION DESTINÉ A L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Date de la facture AMC : 31/10/2019

Identification de l'établissement complémen-taire MUTUELLE GENERALE SAINT PRIEST						Code 44 0 01212 8		Adresse 523, COURS DU 3ÈME MILLENAIRE 69792 SAINT PRIEST CEDEX																																																																															
identification de l'établissement dont n° FINESS HAD NANTES & REGION 1 Rue Henri Guillaumet CS 90153 -- 44700 ORVAULT -- Tel : 02.40.16.04.70						Coefficient MCO 0,9754 Code tarif CATÉGORIE 127				références à rappeler Clé facture C N° de lot 0 N° facture 170020857 N° d'entrée 25073 / 22420 N° PAC AMC						Signature de l'assuré(e)  absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>																																																																							
Domiciliation bancaire de l'établissement IBAN FR7642559000512102221850771 BIC CCOPFRPPXXX						L'assuré(e) titulaire du contrat AMC (à remplir si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré(e)) nom de naissance et prénom(s) (suivis s'il y a lieu du nom d'usage)																																																																																	
Le bénéficiaire des soins nom de naissance et prénom(s) MARTIN Jacques MARTIN (suivis s'il y a lieu du nom d'usage)						n° d'immatriculation et clé I 35 05 86 194 005 62 date et rang de naissance 02/05/1935 n° centre gestionnaire 0895 date début hospitalisation 30/09/2019 sortie le 30/09/2019				n° d'immatriculation et clé adresse 14, rue de l'Arbalette 44230 SAINT SEBASTIEN SUR LOIRE						N° contrat/adhérent(e) (mentionné sur l'E.P. ou la carte) 1100154114																																																																							
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 trait.		DMT		DCS		presta-tion		période		prix unitaire		quan-tité		coeff.		montant facturé		base de remboursement régime obligatoire		régime obligatoire		montant AMC en tiers payant		reste à charge pour l'assuré(e)																																																													
						D		GHT		du 30/09/2019 au 30/09/2019		322,87		I				314,93		314,93		80		251,94		62,99																																																													
sous-total 1																		314,93		314,93		251,94		62,99																																																															
produits de la LPP facturables ET spécialités pharmaceutiques																																																																																							
transfert		mode de trait.		DMT		DCS		pres-tation		n° d'identification du prescripteur		date d'implantation		prix unitaire/tarif de référence		quan-tité		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																		314,93		314,93		251,94		62,99		0,00																																																													
relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire																																																																																							
transfert		n° de case		numéro d'identification prescripteur		spécia-lité		n° d'identification de l'exécutant		spécia-lité		zo-ne de con-ven-tion		date des actes		date de la prescription		code regroupement ou lettre-clé		loca-lisa-tion dent-aire		prix unitaire		éléments de tarification		quantité		coef.		asso-ciation		honoraires facturés		dé-pas-s		base de rembour-sement régime obligatoire		régime obligatoire		montant AMC en tiers payant		reste à charge pour l'assuré(e)																																													
																										modifi-cateur		code remb.-except.		dénom.b.																																																									
sous-total 3																																																																																							
transfert provisoire - n° FINESS établissement 1																		MANDATAIRE(S) B* Centre CCP ou banque Compte Guichet Clé										MANDATAIRE(S) B* Centre CCP ou banque Compte Guichet Clé										MANDATAIRE(S) B* Centre CCP ou banque Compte Guichet Clé																																																	
Montant facturé par le praticien																		n°1 ADELI €										n°2 ADELI €										n°3 ADELI €										n°4 ADELI €										n°5 ADELI €										n°6 ADELI €										n°7 ADELI €									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)																		314,93 €										Rappel du numéro de facture										170020857																																																	

## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS BORDEREAU DE FACTURATION DESTINÉ A L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Date de la facture AMC : 27/11/2019

identification de l'établissement dont n° FINESS 44 0 01212 8										HAD NANTES & REGION 1 Rue Henri Guillaumet CS 90153 -- 44700 ORVAULT -- Tel : 02.40.16.04.70										Coefficient MCO 0,9754 Code tarif CATEGORIE 127										références à rappeler Clé facture C N° de lot 0 N° facture 170021462 N° d'entrée 25073 / 22420 N° PAC AMC										Signature de l'assuré(e)  absence de signature [X]																																							
Domiciliation bancaire de l'établissement IBAN FR7642559000512102221850771										BIC CCOPFRPPXXX										Le bénéficiaire des soins nom de naissance et prénom(s) MARTIN Jacques MARTIN (suivis s'il y a lieu du nom d'usage)										L'assuré(e) titulaire du contrat AMC nom de naissance et prénom(s) (suivis s'il y a lieu du nom d'usage)																																																	
n° d'immatriculation et clé code organisme de rattachement 01 441 n° centre gestionnaire 0895 entré le 30/09/2019										1 35 05 86 194 005 62 date et rang de naissance 02/05/1935 date début hospitalisation 30/09/2019 sortie le										n° d'immatriculation et clé adresse 14, rue de l'Arballe  44230 SAINT SEBASTIEN SUR LOIRE										N° contrat/adhérent(e) (mentionné sur l'E.P. ou la carte) 1100154114																																																	
conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins Maladie [X] Maternité [ ]										Accident causé par un tiers ATMP [ ]										non [ ] oui [ ] Exonération forfait journalier non [ ] oui [ ]										Si oui, date Régime Alsace Moselle [ ]																																																	
fruits de structure et de soins										transfert mode de traitement DMT DCS prestation période du au prix unitaire quantité coefficient montant facturé base de remboursement régime obligatoire régime obligatoire taux montant montant AMC en tiers payant reste à charge pour l'assuré(e)										sous-total 1 6 758,49 6 758,49 5 406,79 1 351,70																																																											
produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques										transfert mode de traitement DMT DCS prestation n° d'identification du prescripteur date d'implantation prix unitaire/tarif de référence quantité coefficient montant facturé base de remboursement régime obligatoire régime obligatoire taux montant montant AMC en tiers payant reste à charge pour l'assuré(e)										sous-total 2 6 758,49 6 758,49 5 406,79 1 351,70																																																											
relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire										transfert n° de cas numéro d'identification prescripteur spécialité n° d'identification de l'exécutant spécialité zone de convention date des actes date de la prescription code regroupement ou lettre-clé localisation dentaire prix unitaire éléments de tarification modification code remb. except. dénombr. coefficient honoraires dé pass base de remboursement régime obligatoire régime obligatoire taux montant montant AMC en tiers payant reste à charge pour l'assuré(e)										sous-total 3 6 758,49 6 758,49 5 406,79 1 351,70 0,00																																																											
transfert provisoire - MANDATAIRE(S) N°										MANDATAIRE(S) N°										MANDATAIRE(S) N°																																																											
Centre CCP ou banque Compte Guichet Clé										Centre CCP ou banque Compte Guichet Clé										Centre CCP ou banque Compte Guichet Clé																																																											
Montant facturé par le praticien										n°1 ADELI €										n°2 ADELI €										n°3 ADELI €										n°4 ADELI €										n°5 ADELI €										n°6 ADELI €										n°7 ADELI €									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)										6 758,49 €										Rappel du numéro de facture										170021462																																																	

Edition sortie par ANILADine de DCSIT Informatique (03 83 23 69.00 / [www.dcsit.com](http://www.dcsit.com))