ÉT.	ABLISS	SEM	EN	TŞ D	E SĀ	ŇΤ	ÉPR	IVÉS	BOI	RDEREA	U DE F	ÄCT	URA	TION	DEST	INÉ A	L'ASS	URAN	ICE M.		IE COMI				2010	
identi MUT	fication UELLE	de l'e	org	anismo	com	plér T P	nentai RIES	ire I	(	Code			Ad	lresse	523, C		DU 3È F PRIES			IRE	ie ia raciui	e AM	<u>U:</u>	31/10	/2019	
HAD	identification de l'établissement dont n° FINESS 44 0 01212 8 HAD NANTES & REGION I Rue Henri Guillaumet													le tarif	t MCO	0,9754			références à rap						mature assuré(e)	
CS 90	S 90153 44700 ORVAULT Tel : 02.40.16.04.70 Domiciliation bancaire de l'établissement													TÉGO	RIE -	127			N° de lot 0 N° facture 170020 N° d'entrée 25073					-1		
IBAN		FR764	<b>12</b> 5	59000				71	110			BI	СС		RPPXX		.4_4.T. 18	V) Limit	Nº PAG	CAMO			absence de signatur  X  e des sains n'est pas l'assur(e)			
nom d	e naissa 'il y a lier	nce et	pre	nom(s	) 1	MA	RTIN	Jacq	ues M	ARTIN					nom de	naissan	ice et pr	rénom(s	) )	(ā)r	emplicsi e l	čné/icia	ure des so	ns n'est pas	l'assurc(c))_	
n° d'imr	oode organisme de rattachement 01 441 date et rang de naissance 02/05/1935 g of centre gestionnaire 0895 date début hospitalisation 30/09/2019											ı° d'im ıdres:		lation o				a usuge)					No contrat/adhérent(e) (mentionné sur l'E.P. ou la carte 1100154114			
entré le				30	(09/20		sortie le	4		co	nditions	de pi	isc en	char	30 SAIN	néficia	ire des	N SUR	LOIRE							
	Maladie Materni	=					Accide AT/MI		sé par	un tiers					ge du bénéficiaire des soins				по	_	oui		i oui, da Régime A	ıi, date me Alsace Moselle		
tra mo	e DMT	DCS		resta tion		pěriode					prix itaire	qua	ın	coeff.	n	iontant acturé		sse de remboursement régime obligatoire		t régin	ne obligatoin		nontant A		reste à charge our l'assuré(e	
crt tra	t trait. D				GHT 3			30/0	au 9/2019	_	322.87		<u></u>				114.93		314.9	laux 80				62,99		
		_		17				-						_									_			
tra me	de	ī	рг	ec	T ,, °	did	entificat	ion	da	prod	nits de la	in uni	factur		al spéci	lit(s p)					251.	==		62,99		
nsf de				nt n		du prescripteur			d'impla		P	tarif e référei	de	quan tité		ontant acturé		de remb	oursement igatoire	régim taux	montant	_  •	nontant Al		reste à charge our l'assuré(e)	
_	+		F					+			2 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -		_	_	-							-				
			E		-										-		+	_	_			+		#		
		<u></u>									<u> </u>			otal 2							ļ					
1.	- * 1240.					78.	zo co	, [	/mw	rdevê d	es honora code	res ri loca	us-tota (edica)	1 1+2 13. pa	amédica élémei	314 us et ac	t <b>es de l</b> e quan		_314,93 re		251,	94		62,99	0,0	
tra nº nsf de ert casc		ation c		n° d'identifi de l'exée		cia	ne de cor ta ver rif tion	n des	late actes	date de la prescription	regrou pement ou lettre-clé	lisa tion dent aire	pri unita		tarific modifi cateur		tité coel. ou dénomb	asso	honora	pa	rembour sement régime obligatoire	ob	egime ligatoire montant	montan AMC en tiers paya	à charge pour	
	_	+	+	_		_								#												
			-			7							_	7			-		_			<del>   </del>	_	<del>                                      </del>	+=	
-	_	_	#	-	_														_		_				-	
			+	_		1	-				_	_		_				-								
			1		_			-						-			_	<u> </u>	_		_				+-	
		#	+			+			_					_				_								
			‡	_		7						=		_	<u>-</u>									=	1	
			T			1										_			_	$\dashv$	_	7	_	1	+	
		=	‡			1	+			_		=	_	+							_					
$\dashv$		-	ŧ		_	7	+-						_	+		_				$\exists \exists$	_	_				
			Ŧ			1		-			_			#						- -		_		<del>                                     </del>	<del> </del>	
																		-total 3						-	+-	
IANDA'	(DLOVISO FAIRE(S	11.6-	, D	al and a	55. eta		Kantent N°	1		MAND, B*	TAIRE(S	)		i,	20 N DS	S Cabib Nº	ssement		MANDAT	'AIRE(S	5)		«	N°		
entre CC	P ou band		Guichet Clé le praticien							CP ou ban	que		Gn Cl	ichet é			ŀ	3* Centre CC Compte	P ou ban	ıque		iuichet Ié				
°1	anciuré	par le							n°3			n°√				nº5				nº6		n°7				
DELI	NIT A NIT	r was	T	ADELI E						ADELI E						(ε	ELI		_	ADELI €	l		ADE €	ADELI E		
mission d Banqu	NTAN	ordereau	x atte	ste du rei	iros (	ent d	c celti-ci	sur le fo	ondement	314,9. du bordereau	de facturatio	R: n đu rég	appel umz obli	du nu gatoire.	méro de	factur	re 17	00208	57							

ide M	entifi UTU	cation ELLE	de l'o GEN	orga	nisme ALE S	com	pléi T'P	men	tair ST	e	Code		-		Ād	lresse	523, C 69792			ME MI				facture		<u> </u>	27/11/20	912	
H.A 1 F	dentification de l'établissement dont n° FINESS 44 0 01212 8  IAD NANTES & REGION  Rue Henri Guillaumet 25 90153 - 44700 ORVAULT - Tel : 02.40.16.04.70  Domicillation bancaire de l'établissement												Coc	efficient de tarif TÉGOI					référence Clé facture N° de lot N° facture			ces à rappeler C 0 170021462			Signature de l'assuré(e)				
Do IB.	micil AN	liation F	banc R76	aire 4255	de l'é	tabli.	sser	nen	t					BI	C C	COPFI	RPPXXX				N° d'entrée N° PAC AMC			25073 / 22420			absence de signature		
		ndein naissan				1	MA	RT	N J	acques N	IARTI	N					Jassuré nom de i					ſā	rempli	si le bei	élician	des soins	picst pas l'as		
n° d	l'imma	<i>l y a lieu</i> triculatio	on et c	lé			_	13	5 05	86 194 (	05 62		Į,	ı° d'im	- matricu		(suivis s'il									Nº co	ontrat/ad	hérent(e)	
	entre p é le	nisme de gestionna		heme	089		19		débu	ng de naissa at hospitalis		02/05/L 30/09/2	019	dress		4423	ue de l' <i>A</i> 0 SAIN	T SEB	ASTIE		LOIRE							ou la carte	
	B N	Maladie	X			*******		Acc	iden	t causé par	un tiers						e.du bé				по	n	oui		Si	oui, date	/ I. I.I.		
	N	é				kearen	AT/	MP		er and an	to seem of the same		اعد	als de		onération		journali	er	<b>n</b> o	n	oui			Régime Alsace Moselle				
tra nsf ert	mode de DMT trait.		DCS		resta lion			du	pér	iode au		pris unita		qua Lite	n	coeff.	m	ontant icturé		e de remb égime obl	oursement igatoire			igatoire		ntant AM( tiers payan			
			D D	1	HT HT	04/		1/10/2019 0 1/10/2019 0		03/10/2019 08/10/2019 29/10/2019	,		322,8 256,1 222,8	8 5					1.78 0.39	944.78 1249.39			. m	montant 755,82 999,51		24	88,96 49,88		
				T					23/10/2017			722.0	21		-total 1	1 675				4564,32 6 758,49		-	3 651,40 5 406,79			1,70			
га	mode			pre					catio		ate	rodiji	FROM P	(PP) rix uni	lactur	ables E quan	d spread	lités ph ontant	trimace		oursement			igatoire		ntant AMO	319-10-1	e à charge	
nsf ert	de trait.	DMT	DCS	DCS tat du prescripteur			d'impl	d'implantation			tarif e référer		títé	facturé		régime ob			taux		montant		liers payan	yant pour l'assuré(e					
		-										_		_												-			
$\exists$			_		73.									_					+				+		_				
		J		L		]			_		-		'ás.		sous-l	otal 2				_	_		-		ļ		+		
		* /********	***		-						rele	veides	honora			1 1+2	amédica	6 758 Ix class		aborato	6 758,49 rë	- wo u		5 406,79		1 351	.70	0,0	
tra nsf ert	n° numér de identifica case prescript		tion		n° l'identifi de l'exéc			é ne a é ta		date des actes	date d	ption	code regrou pement ou ettre-clé	t tion dent	pri unit:		élémen tarifica modifi cateur		quan tité coef. ou dénom	asso ciation	honorai	pa	é ren a sei s rég	se de nbour ment gime gatoire	oblig	ime ateire nontant	montant AMC en tiers payant	reste à charge pour l'assuré(e)	
#	$\downarrow$			_													_			_	-		-	5810210		- Iontan			
_		_	+									#			_				_	+		+			_				
$\exists$		_	$\exists$		_					_								_					<u> </u>		+	_			
#	+		$\dashv$		_	_									_		_				_			-	-				
+	+		+	#							-		_					_		<u> </u>	_	-		_	_				
1			4	+		-	7					-								-		_	-		+	_			
$\frac{1}{2}$	_			1				$\exists$							_			_				-						_	
+		_		#			1	_	$\exists$			$\perp$									_		_						
7	7	_	-	-	_			#	=		_							_		-		-			_				
-			1					-	$\exists$		_	+				-					-	_		_	+				
$\frac{1}{2}$	$\dashv$		+	+				$\exists$												-	_			_	#	_		-	
_									-			<u> </u>	_																
		O (OVISO AIRE(S)		ď	HUND	SS eff			91(3		13.14	MDAT	AIDE			- (C	alaikiak											A100, 150-104-1-0-	
•	e CCP	ou banq			Guichet						MANDATAIRE						Nº uichet				MANDAT B* Centre CC					10			
		acturé	ielel(	ij.	Clé Hiclent   n°2   n°3						Con	ipte		ri°.	1	C)					Compte				Clé				
	1 7													1				n°5			n°6					n°7			
ADELI ADELI $\epsilon$ MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)								_		,	AE €	ELI			AD   _   €	ADELI €				ADELI €				ADELI €					
7	VIII				, en o	ırae '	1+1	7+3,			675	8,49		D		de	méro de	· for and		700214	(2								