

Identification de l'organisme complémentaire		Code	Adresse 46 RUE DU RESSORT		** D U P L I C A T A **										
CARCEPT PREVOYANCE		2298	63967 CLERMONT-FERRAND CEDEX 9												
Identification de l'établissement			N° FINESS 540000486	CODE	Références à rappeler	Signature									
POLYCLINIQUE DE GENTILLY				CATEGORIE	Clé facture C	de l'assuré(e)									
RUE MARIE MARVINGT				365	N° de lot										
54100 NANCY					N° de facture 003229760										
					N° d'entrée 20002956.00	Absence de signature									
Domiciliation bancaire de l'établissement BN PARIBAS NANCY					N° PEC AMC										
IBAN FR76 3000 4004 2600 0101 8492 985 BIC BNPAFRPPAC					N° feuillet 1 / 2										
Le bénéficiaire des soins				L'assuré(e) titulaire du contrat AMC											
Nom de naissance et prénom(s) PERIN NADINE (FIENG)				Nom de naissance et prénom(s) PERIN NADINE (FIENG)											
suivi s'il y a lieu du nom d'usage				suivi s'il y a lieu du nom d'usage											
N° d'immatriculation et clé 2680654395305 26				N° d'immatriculation et clé		N° de contrat/adhérent									
Code organisme de rattachement 01 542 Date et rang de naissance 20/06/1968-1				adresse 1 RUE MARECHAL NEY											
N° centre gestionnaire				54140 JARVILLE		K2551894									
Entrée le 12/03/2020 16				Sortie le 14/03/2020 10											
Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins															
Maladie OUI		Accident causé par un tiers NON		Si oui, date											
Maternité NON		AT/MP NON		Régime Alsace Moselle NON											
Frais de structure et de soins															
T	MT	DMT	D	Code	Période	P.U.	Quant.	Coeff.	Mt. Facturé	Base remb	Taux	Mt. AMO	Mt. AMC	Assuré(e)	
			C		Du	au	de l'étab.			R.O.				R.A.C	
S			C	GHS	12/03/20	14/03/20	1383,51	1	1,00	1383,51	1383,51	100	1343,51		
			C	FJ	12/03/20	13/03/20	20,00	2	1,00				40,00		
S			C	FJA	14/03/20	14/03/20	20,00	1	1,00	20,00			20,00		
S			C	FH	12/03/20	14/03/20	15,00	1	1,00	15,00				15,00	
S			C	CPC	12/03/20	13/03/20	105,00	2	1,00	210,00			210,00		
S			C	CPC	14/03/20	14/03/20	105,00	1	1,00	105,00			105,00		
Sous-total 1										1733,51	1383,51		1343,51	375,00	15,00
Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques															
T	MT	DMT	D	Code	Prescr.	Date Imp.	P.U.	Quant	Mt. Facturé	Base remb	Taux	Mt. AMO	Mt. AMC	Assuré(e)	
			C							R.O.				R.A.C	
Sous-total 2															
Sous-total 1+2										1733,51	1383,51		1343,51	375,00	15,00

[illegible]

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2				
MANDATAIRE(S)		N° 123	MANDATAIRE(S)		N°	MANDATAIRE(S)		N°
Banque MANDATAIRE SG NANCY			Banque			Banque		
IBAN FR76 3000 3014 6000 0206 0472 904			IBAN			IBAN		
BIC SOGEFRPPXXX			BIC			BIC		
Montant facturé par le praticien								
N° 1	71	N° 2	326	N° 3	746	N°	N°	N°
PR GROSIDIER		DR POP		DR HENNEQUIN V				
GILLES		REGIS		VIRGINIE				
ADELI 540000486		ADELI 541701249		ADELI 541701561		ADELI	ADELI	ADELI
Euros		Euros		Euros		Euros	Euros	Euros
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)				2789,48		Rappel du numéro de la facture C 003229760		Rappel du numéro d'entrée 20002956.00