

Identification de l'organisme complémentaire
ALMERYS SERVICE

Code ALMER63C01

Adresse

Service Etablissements de Santé 46 RUE DU RESSORT 63967 CLERMONT FERRAND CEDEX 9

Identification de l'établissement N° FINESS 280505223
Institut Diabétologie et Nutrition du Centre
35 rue du Verger, 28300 MAINVILLIERSCODE
CATÉGORIECoefficient MCO
1,0000Coefficient HAD
1,0000

Références à rappeler

Clé facture C

N° de lot 5913

N° Facture 200600033

N° d'entrée J562000921

N° Feuillet 1/1

Signature
de l'assuré(e)

Absence de signature



Domiciliation bancaire de l'établissement CIC OUEST

Bic CMCIFRPP

IBAN FR76 3004 7141 4400 0201 6500 203

Banque 30047

Guichet 14144

Compte 00020165002

Clé 03

Le bénéficiaire des soins

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) LEBA DOVANWOI SYLVIE

suivis s'il y a lieu du nom d'usage

Nom de naissance et prénom(s) LEBA DOVANWOI SYLVIE

suivis s'il y a lieu du nom d'usage

N° d'immatriculation et clé 2 76 09 99 326 056 10

Code organisme de rattachement 01281

Date et rang de naissance 09/09/1976 1

N° centre gestionnaire 01 281 707

Date début hospitalisation

Entrée le 22/05/2020 08:30

Sortie le 04/06/2020 12:00

N° d'immatriculation et clé

21 ROUTE DE NOGENT LE ROI
Adresse 28230 EPERNON

N° contrat/adhérent(e)

(mentionné sur l'EP ou la carte)
2760999326056

Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins

Maladie ☒

Accident causé par un tiers.....

Non ☐Oui ☐

Si oui, date

Maternité ☐AT/MP ☐

Exonération forfait journalier.....

Non ☐Oui ☐Régime Alsace Moselle ☐

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		
	04	171		SNS	22/05/20	22/05/20	107,45	1	1	98,86	107,45	80	77,37	21,49	
	04	171		PMS	24/05/20	24/05/20	5,98	1	1	5,38	5,98	100	5,38		
	04	171		SNS	25/05/20	25/05/20	107,45	1	1	98,86	107,45	80	77,37	21,49	
	04	171		SNS	26/05/20	26/05/20	107,45	1	1	98,86	107,45	80	77,37	21,49	
	04	171		SNS	28/05/20	28/05/20	107,45	1	1	98,86	107,45	80	77,37	21,49	
	04	171		SNS	29/05/20	29/05/20	107,45	1	1	98,86	107,45	80	77,37	21,49	
	04	171		PMS	31/05/20	31/05/20	5,98	1	1	5,38	5,98	100	5,38		
	04	171		SNS	02/06/20	02/06/20	107,45	1	1	98,86	107,45	80	77,37	21,49	
	04	171		PMS	04/06/20	04/06/20	5,98	1	1	5,38	5,98	100	5,38		
	04	171		SNS	04/06/20	04/06/20	107,45	1	1	98,86	107,45	80	77,37	21,49	
Sous-total 1										708,16	770,09		557,73	150,43	

Produits de la LPP facturables 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		
				Institut de Diabétologie et Nutrition du Centre LNA ES - 35 rue du Verger, 28300 MAINVILLIERS Hôpital de jour - Em@il : hdi@lnc@lnc-sante.com Tél : 02 36 25 34 00 - Fax : 02 36 25 34 01 Finess : 280505223 - APE 8610Z SIREN : 444 434 113 - SIRET : 444 434 113 00235										
Sous-total 2														
Sous-total 1+2									708,16	770,09		557,73	150,43	



N° de Contrat : 55753095
Nom de l'organisme complémentaire : AG2RLM VIASANTE
Adhérent : LEBA DOVANWOI
NNI : 2 76 09 99 326 056
Patient hospitalisé : LEBA DOVANWOI
Né(e) le : 09/09/1976

Objet : PEC n° 59641
Date de fin de validité de la PEC : 22/08/2020
Date de péremption de la PEC : 22/08/2020

INSTITUT DE DIABETOLOGIE ET
NUTRITION DU
Service des admissions
N° FINESSE : 280505223
35 R DU VERGER
28300 - MAINVILLIERS
[Fax: 02 37 45 36 15]

Clermont-Ferrand, le 25/05/2020

PRISE EN CHARGE

Nous soussignés, almerys, donnons par la présente, notre accord de prise en charge préalable, pour la période du 22/05/2020 au 10/06/2020, conformément aux garanties du contrat cité en référence, à savoir :

Honoraires chirurgicaux : Base CAS : Ticket modérateur plus 50% de la base de remboursement limité à la charge. En NON CAS la garantie est minorée de 20,00 % de la BR et ne peut excéder : Ticket modérateur plus 100% de la base de remboursement.

Forfait journalier : 20,00 euros par jour limité à la charge.

Frais de séjour : 100% du ticket modérateur.

Pat. Forfaitaire assuré : 24,00 euros

Chambre particulière : 45,00 euros par jour limité à la charge.

Informations complémentaires :

- Code risque : Maladie
- Mode de traitement : Hospitalisation de jour
- Discipline médico-taritaire : Régime Diététique

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