

Exemples de factures mono page et multi pages :

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS BORDEREAU DE FACTURATION DESTINÉ À L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE														
Identification de l'organisme complémentaire 63 ALMERYS		Code		Adresse 46 RUE DU RESSORT 63967 CLERMONT FERRAND										
Identification de l'établissement SAS PASORI 9 TER RUE FRANC NOHAIN 58200 COSNE SUR LOIRE		N° FINESS 58 097 200 8		CODE CATEGORIE 135		Références à rappeler Clé facture C1 N° de lot N° facture 140200195 N° d'entrée 1410079 N° PEC AMC					Signature de l'assuré(e) Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>			
Domiciliation bancaire de l'établissement CREDIT AGRICOLE CENTRE LOIRE BIC : AGRIFRPP848 IBAN : FR761480658006688540100054				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) BLANZY JOSETTE N° d'immatriculation et clé 2 49 05 75 041 036/11 Code organisme de rattachement 015815814 Date et rang de naissance 26/05/1949 N° centre gestionnaire 01581 Date début hospitalisation 28/01/2014 Entrée le 11/02/2014 Sortie le										
Le bénéficiaire des soins Nom de naissance et prénom(s) BLANZY JOSETTE N° d'immatriculation et clé 2 49 05 75 041 036/11 Code organisme de rattachement 015815814 Date et rang de naissance 26/05/1949 N° centre gestionnaire 01581 Date début hospitalisation 28/01/2014 Entrée le 11/02/2014 Sortie le														
Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins Maladie <input checked="" type="checkbox"/> Accident causé par un tiers... Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, date 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 type="checkbox"/>														
Frais de structure et de soins														
Transfert	Mode de transport	DAF	DCS	Prestations	Période	Prix unitaire	Quantité	Montant facturé	Taux	Montant	Régime obligatoire	Montant AMC en tiers payé	Reste à charge pour l'assuré(e)	
03	172			ENT	11/02/2014	64.99	1	64.99	100	64.99		0.00	0.00	
03	172			PJ	11/02/2014	223.14	15	3347.10	100	3347.10		0.00	0.00	
03	172			FJ	11/02/2014	18.00	15	0.00		0.00		270.00	0.00	
03	172			PMS	16/02/2014	6.52	1	6.52	100	6.52		0.00	0.00	
03	172			PMS	23/02/2014	6.52	1	6.52	100	6.52		0.00	0.00	
Sous-total 1									3425.13	3425.13	3155.13	270.00	0.00	
Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques														
Transfert	Mode de transport	DAF	DCS	Prestations	N° Identification du prescripteur	Date d'implantation	Prix unitaire / Tarif de référence	Quantité	Montant facturé	Taux	Montant	Régime obligatoire	Montant AMC en tiers payé	Reste à charge pour l'assuré(e)
Sous-total 2									3425.13	3425.13	3155.13	270.00	0.00	
Feuille 1														

⇒ La facture est composée d'une page et le montant RC demandée est de 270 euros.

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS BORDEREAU DE FACTURATION DESTINÉ À L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE														
Identification de l'organisme complémentaire ALMERYS -MG		Code FNM63C02		Adresse 46 RUE DU RESSORT 63967 CLERMONT FERRAND CEDEX 9										
Identification de l'établissement SSR LA CHIMOTIAE MGEN ACTION SANITAIRE SOCIALE, BP 10014 85610 CUGAND		N° FINESS 850000399		CODE CATEGORIE 108		Références à rappeler Clé facture C N° de lot 3440 N° Facture 14000350 N° d'entrée 14000036 N° Feuille 1/1					Signature de l'assuré(e) Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>			
Domiciliation bancaire de l'établissement BPA Clisson IBAN FR76 1380 7000 5959 0191 1320 840 Banque 13807 Guichet 00059 Compte 59019113208 Clé 40				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) FAVREAU PIERRE N° d'immatriculation et clé 1 37 02 85 039 002 37 Code organisme de rattachement 92441 Date et rang de naissance 26/02/1937 N° centre gestionnaire 92 441 512 Date début hospitalisation 08/01/2014 Entrée le 14/01/2014 14:46 Sortie le 01/03/2014 09:56										
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 checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/>														
Frais de structure et de soins														
Transfert	Mode de transport	DAF	DCS	Prestations	Période	Prix unitaire	Quantité	Montant facturé	Taux	Montant	Régime obligatoire	Montant AMC en tiers payé	Reste à charge pour l'assuré(e)	
03	627			PAT	01/03/14	18.00	1	18.00	100	18.00		18.00	0.00	
03	627			FJA	01/03/14	18.00	1	18.00	100	18.00		18.00	0.00	
Sous-total 1									36.00	36.00	36.00	0.00	0.00	
Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques														
Transfert	Mode de transport	DAF	DCS	Prestations	N° Identification du prescripteur	Date d'implantation	Prix unitaire / Tarif de référence	Quantité	Montant facturé	Taux	Montant	Régime obligatoire	Montant AMC en tiers payé	Reste à charge pour l'assuré(e)
Sous-total 2									36.00	36.00	36.00	0.00	0.00	
Le 14/03/2014 13:06 (marquage)														

⇒ La facture est composée d'une page et le montant RC demandée est de 36 euros.

ETABLISSEMENT DE SANTE PRIVE - BORDEREAU DE FACTURATION DESTINE A L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE																																																													
Identification de l'organisme complémentaire MUTUELLE ALMERY										Code MALKERY		Adresse 46 rue du RESSORT 63967 CLERMONT FERRAND CEDEX 9																																																	
Identification de l'établissement CLINIQUE ESQUIROL - SAINT HILAIRE 1 RUE DU DR ET MME DELMAS BP 19 47000 AGEN										N° Finess 470000027		Code catégorie 365		Cité de la facture N° de Lot C N° de facture 134130503 N° d'entrée 1341305		Référence à rappeler N° PEC AMC		Signature de l'assuré(e) Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>																																											
Domiciliation bancaire de l'établissement Centre CCP ou banque 17807 Guichet 00801 Compte 00121043331 Clé 11										B P Q A		L'assuré(e) titulaire du contrat AMC																																																	
Le bénéficiaire des soins Nom de naissance et prénom(s) CARTIER CHRISTOPHE suivi s'il y a lieu du nom d'usage										N° immatriculation et dé 1621130189202 09		Date et rang de naissance 25/11/1962		N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte 1621130189202		N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte 1621130189202																																													
Code organisme de rattachement 92471										Date de début hospitalisation 03/10/2013		Adresse belle combe 47310 STE COLOMBE EN BRULHOIS																																																	
N° centre gestionnaire 1512										Sortie le 04/10/2013																																																			
Entrée le 03/10/2013																																																													
Malade <input checked="" type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/>										Accident causé par un tiers <input type="checkbox"/>		Exonération forfait journalier <input type="checkbox"/>		Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		Si oui, date 00/00/00 Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/>																																													
Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins																																																													
Franchise de structure et de soins																																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Transfert</th> <th rowspan="2">Mode de traitement</th> <th rowspan="2">Dif</th> <th rowspan="2">DCS</th> <th rowspan="2">Prestations</th> <th rowspan="2">Période</th> <th rowspan="2">Prix Unitaire</th> <th rowspan="2">Quantité</th> <th rowspan="2">Coefficient</th> <th rowspan="2">Montant facturé</th> <th rowspan="2">Base de remboursement régime obligatoire</th> <th colspan="2">Régime obligatoire</th> <th rowspan="2">Montant AMC en tiers payant</th> <th rowspan="2">Reste à charge pour l'assuré</th> </tr> <tr> <th>Taux</th> <th>Montant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td>M</td> <td>GHS</td> <td>03/10/13 04/10/13</td> <td>240.13</td> <td>1</td> <td>1.00</td> <td>240.13</td> <td>240.13</td> <td>80.00</td> <td>192.10</td> <td>48.03</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="10">Sous-total 1</td> <td>240.13</td> <td>240.13</td> <td>192.10</td> <td>48.03</td> <td>0.00</td> </tr> </tbody> </table>															Transfert	Mode de traitement	Dif	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	Taux	Montant	0			M	GHS	03/10/13 04/10/13	240.13	1	1.00	240.13	240.13	80.00	192.10	48.03		Sous-total 1										240.13	240.13	192.10	48.03	0.00
Transfert	Mode de traitement	Dif	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																																															
											Taux	Montant																																																	
0			M	GHS	03/10/13 04/10/13	240.13	1	1.00	240.13	240.13	80.00	192.10	48.03																																																
Sous-total 1										240.13	240.13	192.10	48.03	0.00																																															
Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques																																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Transfert</th> <th rowspan="2">Mode de traitement</th> <th rowspan="2">Dif</th> <th rowspan="2">DCS</th> <th rowspan="2">Prestations</th> <th rowspan="2">N° identification prescripteur</th> <th rowspan="2">Date d'implantation</th> <th rowspan="2">Prix unitaire / tarif de référence</th> <th rowspan="2">Quantité</th> <th rowspan="2">Montant facturé</th> <th rowspan="2">Base de remboursement régime obligatoire</th> <th colspan="2">Régime obligatoire</th> <th rowspan="2">Montant AMC en tiers payant</th> <th rowspan="2">Reste à charge pour l'assuré</th> </tr> <tr> <th>Taux</th> <th>Montant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="10">Sous-total 2</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td colspan="10">Sous-total 1 + 2</td> <td>240.13</td> <td>240.13</td> <td>192.10</td> <td>48.03</td> <td>0.00</td> </tr> </tbody> </table>															Transfert	Mode de traitement	Dif	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'assuré	Taux	Montant	Sous-total 2										0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	Sous-total 1 + 2										240.13	240.13	192.10	48.03	0.00
Transfert	Mode de traitement	Dif	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'assuré																																															
											Taux	Montant																																																	
Sous-total 2										0.00	0.00	0.00	0.00	0.00																																															
Sous-total 1 + 2										240.13	240.13	192.10	48.03	0.00																																															
- 0000 Feuille 1 / 2																																																													

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire														
Transfert	N° de dossier	N° d'identification prescripteur	N° d'identification de l'inducteur	N° d'identification de l'inducteur	N° d'identification de l'inducteur	N° d'identification de l'inducteur	N° d'identification de l'inducteur	N° d'identification de l'inducteur	N° d'identification de l'inducteur	N° d'identification de l'inducteur	N° d'identification de l'inducteur	N° d'identification de l'inducteur	N° d'identification de l'inducteur	N° d'identification de l'inducteur
0	1		471014654	13	25	01	03/10/13		ATM		119.91	X	1.00	128.86
Sous-total 3										128.86	128.86	128.86	0.00	0.00
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 368.98 €														
Rappel du numéro de facture 13/41305/03														
L'émission du présent bordereau atteste du renseignement de obtenu sur le fondement du bordereau de facturation du régime obligatoire.														
B* : Banque														
- 0000 Feuille 2 / 2														

⇒ La facture est composée de 2 pages et le montant RC demandé est de 48 euros.