

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire

Transfert N° de case	N° identification prescripteur	Spécialité	N° identification de l'exécutant	Spécialité	Zone tarif	Code convention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Localisation dentaire	Prix unitaire	Eléments de tarification		Quantité ou coefficient ou dénombrément	Coefficient association	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
												Modifi- cateurs	Code remb. except.						Taux	Montant		
1			851738575	15	20		27/06/2023		ADC		271.70			1.00		371.70	HL	271.70	100	271.70		100.00
2			851734004	02	20		27/06/2023		ADA		111.00			1.00		117.66		117.66	100	117.66		
Sous-total 3																489.36		389.36		389.36		100.00

SERVICE COMPTABILITE
17 JUL. 2023

Transfert provisoire - N° FINESS établissement ①

N° FINESS établissement ②

MANDATAIRE(S)
CREDIT AGRICOLE HONO - MEDECINS

N° 1

MANDATAIRE(S)

N°

MANDATAIRE(S)

N°

IBAN : FR7614706001315000260000161 BIC : AGRIFRPP847

Montant facturé par le praticien.

n° 1 GRIMBERT PIERRE

n° 2 KAUPHY Jean-Franck

n° 3

n° 4

n° 5

n° 6

n° 7

Mandataire n° 1

Mandataire n° 1

ADELI 851738575

ADELI 851734004

ADELI

ADELI

ADELI

ADELI

ADELI

€ 0.00

€ 0.00

€

€

€

€

€

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)

24.00 €

Rappel du numéro de facture 123116

ETABLISSEMENT DE SANTE PRIVE - BORDEREAU DE FACTURATION DESTINE A L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE

Date d'élaboration 13/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire MMC VESOUL		Code MMC70		Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70000 VESOUL	
Identification de l'établissement CLINIQUE SAINT VINCENT 40 CHEMIN DES TILLEROYES 25044 BESANCON CEDEX		N° Finess 250000270	Code catégorie 365	Référence à rappeler Clé de la facture C N° de Lot N° de facture 231959401 N° d'entrée 2319594 N° PEC AMC	
Domiciliation bancaire de l'établissement Centre CCP ou banque 30002		CLINIQUE ST VINCENT Guichet 02273	LCL Compte 0000459884P	Clé 50	Signature de l'assuré(e) Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>
Le bénéficiaire des soins			L'assuré(e) titulaire du contrat AMC		
Nom de naissance et prénom(s) MOREY CHRISTIAN suivi s'il y a lieu du nom d'usage MOREY			Nom de naissance et prénom(s) MOREY CHRISTIAN suivi s'il y a lieu du nom d'usage MOREY		
N° immatriculation et clé 1550470550038 37		N° immatriculation et clé 1550470550038 37		N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte	
Code organisme de rattachement 02/705		Date et rang de naissance 10/04/1955 1		Adresse 6 RUE DU MEIX MARTIN	
N° centre gestionnaire 5000		Date de début hospitalisation 03/07/2023		70240 LA VILLENEUVE BELLENOYE ET LA MAIZE	
Entrée le 03/07/2023		Sortie le 03/07/2023			

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 00/00/00
Maternité <input type="checkbox"/>	ATMP <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/>
Exonération forfait journalier			

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'assurée
					Du	Au						Taux	Montant		
S			M	GHS	03/07/23	03/07/23	438.51	1	1.00	438.51	438.51	100.00	414.51		
S			M	PAS	03/07/23	03/07/23	24.00	1	1.00					24.00	
S			M	DIV	03/07/23	03/07/23	30.00	1	1.00	30.00					30.00
Sous-total 1										468.51	438.51		414.51	24.00	30.00

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques

Transfert	Mode de traitement	DMT	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'assurée	
													Taux	Montant			
Sous-total 2												0.00	0.00		0.00	0.00	
Sous-total 1 + 2												468.51	438.51		414.51	24.00	30.00

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire																						
Transfert	N° d'identification prescripteur	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	Code convention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Localisation dentaire	Prix unitaire	Elément de tarification		Quantité	Coefficient de pondération ou décombrement	Coefficient association	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
											Modif	Code remb. excep							Taux	Montant		
S	1	251036604	03	24	01	03/07/23		CS		23.00			0.80			18.40		18.40	100.00	18.40		
S	1	251036604	03	24	01	03/07/23		ATM		14.26			1.00			14.26		14.26	100.00	14.26		
S	2	251852976	02	34	03	03/07/23		ADA		48.02	7		1.00			50.90		50.90	100.00	50.90		
S	3	251853073	03	24	01	03/07/23		CS		23.00			0.80			18.40		18.40	100.00	18.40		
S	3	251853073	03	24	01	03/07/23		ATM		14.26			1.00			14.26		14.26	100.00	14.26		
S	4	251853156	03	24	01	03/07/23		ATM		73.83			1.00			73.83		73.83	100.00	73.83		

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2				
MANDATAIRE(S)		N° 1,2,3,4		MANDATAIRE(S)		N°		
B* ST VINCENT HONO				B*				
Centre CCP ou banque	Guichet	Centre CCP ou banque	Guichet	Centre CCP ou banque	Guichet	Centre CCP ou banque	Guichet	
Compte	Cle	Compte	Cle	Compte	Cle	Compte	Cle	
Montant facturé par le praticien.								
N°1 PRALON LAURIE	N°2 FAYE KEVIN	N°3 JANIN SEBASTIEN	N°4 BRIERE ARNAUD	N°5	N°6	N°7		
ADELI 251036604	ADELI 251852976	ADELI 251853073	ADELI 251853156	ADELI	ADELI	ADELI		
€ 0.00	€ 0.00	€ 0.00	€ 0.00	€	€	€		
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)			658.56 €		Rappel du numéro de facture			231959401

L'émission du présent bordereau atteste du renseignement de celui-ci sur le fondement du bordereau de facturation du régime obligatoire.

B* : Banque

ETABLISSEMENT DE SANTE PRIVE - BORDEREAU DE FACTURATION DESTINE A L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE

Date d'élaboration 13/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire MMC VESOUL		Code MMC70		Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70000 VESOUL	
Identification de l'établissement CLINIQUE SAINT VINCENT 40 CHEMIN DES TILLEROYES 25044 BESANCON CEDEX		N° Finess 250000270	Code catégorie 365	Référence à rappeler Clé de la facture C N° de Lot N° de facture 231928401 N° d'entrée 2319284 N° PEC AMC	
Domiciliation bancaire de l'établissement Centre CCP ou banque 30002		CLINIQUE ST VINCENT Guichet 02273	LCL Compte 0000459884P	Clé 50	
Le bénéficiaire des soins		L'assuré(e) titulaire du contrat AMC			
Nom de naissance et prénom(s) suivi s'il y a lieu du nom d'usage		ESTEVAM EMMANUEL ESTEVAM			
N° immatriculation et clé Code organisme de rattachement N° centre gestionnaire Entrée le		1541270550055 03 01/701 1000 05/07/2023		N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte	
Date et rang de naissance Date de début hospitalisation Sortie le		15/12/1954 1 05/07/2023 05/07/2023		Adresse 22 ROUTE DE MELINCOURT 70800 JASNEY	

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 00/00/00
Maternité <input type="checkbox"/>	AT/MP <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/>
Exonération forfait journalier			

Frais de structure et de soins

Transfert	Mode de traitement	DMS	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
					Du	Au						Taux	Montant		
S			C	GHS	05/07/23	05/07/23	809.45	1	1.00	809.45	809.45	100.00	785.45	24.00	
S			C	PAS	05/07/23	05/07/23	24.00	1	1.00						
Sous-total 1										809.45	809.45		785.45	24.00	0.00

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques

Transfert	Mode de traitement	DMS	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'assurée
												Taux	Montant		
Sous-total 2										0.00	0.00		0.00	0.00	0.00
Sous-total 1 + 2										809.45	809.45		785.45	24.00	0.00

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire																
Transfert	N° d'identification prescripteur	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	Code convention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Localisation dentaire	Prix unitaire	Elément de tarification		Quantité facturée ou décomptée	Coefficient association	Honoraires facturés	Dépassement
											Modif.	Code cateur remb. excep				
S	1	251852174	02	34	01	05/07/23		ADA		111.00	7		1.00		207.66	DA
S	2	251853057	15	34	3	05/07/23		ADC		271.70			1.00		451.70	DA
															659.36	389.36
															389.36	0.00
															270.00	

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2				
MANDATAIRE(S)		N° 1,2		MANDATAIRE(S)		N°		
B* ST VINCENT HONO				B*				
Centre CCP ou banque	Guichet	Centre CCP ou banque	Guichet	Centre CCP ou banque	Guichet			
Compte	Cle	Compte	Cle	Compte	Cle			
Montant facturé par le praticien.								
N°1 CLEMENT JEAN CHRISTOPH	N°2 BIGAN GUILLAUME	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7		
ADELI 251852174	ADELI 251853057	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI		
€ 0.00	€ 0.00	€	€	€	€	€		
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)			1468.81 €		Rappel du numéro de facture			231928401

L'émission du présent bordereau atteste du renseignement de celui-ci sur le fondement du bordereau de facturation du régime obligatoire.
B* : Banque

ETABLISSEMENT DE SANTE PRIVE - BORDEREAU DE FACTURATION DESTINE A L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE

Date d'élaboration 12/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire MMC VESOUL		Code MMC70		Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70000 VESOUL	
Identification de l'établissement CLINIQUE SAINT VINCENT 40 CHEMIN DES TILLEROYES 25044 BESANCON CEDEX		N° Finess 250000270	Code catégorie 365	Référence à rappeler Clé de la facture C N° de Lot 673 N° de facture 231814301 N° d'entrée 2318143 N° PEC AMC	
Domiciliation bancaire de l'établissement Centre CCP ou banque 30002		CLINIQUE ST VINCENT Guichet 02273	LCL Compte 0000459884P	Cle 50	Signature de l'assuré(e) Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>

Le bénéficiaire des soins				L'assuré(e) titulaire du contrat AMC	
Nom de naissance et prénom(s) BONNAVENTURE ANDRE				Nom de naissance et prénom(s) BONNAVENTURE ANDRE	
suivi s'il y a lieu du nom d'usage BONNAVENTURE				suivi s'il y a lieu du nom d'usage BONNAVENTURE	
N° immatriculation et clé 1440170054001 22	Date et rang de naissance 31/01/1944 1	N° immatriculation et clé 1440170054001 22	Adresse 32 RUE DES VARENNES 70100 ANCIER	N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte 012036	
Code organisme de rattachement 01/701	Date de début hospitalisation 26/06/2023	Entrée le 26/06/2023		Sortie le 27/06/2023	

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 00/00/00
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 traitement	DMT	D/C/S	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'assurée
						Du	Au						Taux	Montant		
S			C	FJ		26/06/23	26/06/23	20.00	1	1.00					20.00	92.00
S			C	GHS		26/06/23	27/06/23	996.86	1	1.00	996.86	996.86	100.00	952.86		
S			C	PAS		27/06/23	27/06/23	24.00	1	1.00					24.00	
S			C	FJA		27/06/23	27/06/23	20.00	1	1.00	20.00				20.00	
S			C	CPC		26/06/23	27/06/23	106.00	2	1.00	212.00				120.00	
Sous-total 1											1228.86	996.86		952.86	184.00	92.00

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques															
Transfert	Mode de traitement	D/M/T	D/C/S	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'assurée
												Taux	Montant		
Sous-total 2										0.00	0.00		0.00	0.00	0.00
Sous-total 1 + 2										1228.86	996.86		952.86	184.00	92.00

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire																
Transfert	N° d'identification prescripteur	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	Code de consultation	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre de	Localisation dentaire	Prix unitaire	Elément de tarification		Quantité ou nombre de prestations	Coefficient d'association	Honoraires facturés	Dépassement
											Modif	Code cateur rembl excep				
S	1	251710869	37	34	03	26/06/23		ATM		33.60			1.00		33.60	
S	2	251711644	16	24	02	26/06/23		ADC		207.16	J		1.00		470.63	DA
S	3	251852174	02	34	01	26/06/23		ADA		100.80			1.00		220.80	DA
Sous-total 3															725.03	355.03
																355.03
																0.00
																370.00

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2				
MANDATAIRE(S) N° 1,2,3		MANDATAIRE(S) N°		MANDATAIRE(S) N°				
B* ST VINCENT HONO		B*		B*				
Centre CCP ou banque	Guichet	Centre CCP ou banque	Guichet	Centre CCP ou banque	Guichet			
Compte	Cle	Compte	Cle	Compte	Cle			
Montant facturé par le praticien.								
N°1 JOLY Marie	N°2 HENRY PIERRE CHARLES	N°3 CLEMENT JEAN CHRISTOPH	N°4	N°5	N°6	N°7		
ADELI 251710869	ADELI 251711644	ADELI 251852174	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI		
€ 0.00	€ 0.00	€ 0.00	€	€	€	€		
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)			1953.89 €		Rappel du numéro de facture			231814301

L'émission du présent bordereau atteste de l'enseignement de celui-ci sur le fondement du bordereau de facturation du régime obligatoire.

B* : Banque

ETABLISSEMENT DE SANTE PRIVE - BORDEREAU DE FACTURATION DESTINE A L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE

Date d'élaboration 13/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire MMC VESOUL			Code MMC70		Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70000 VESOUL		
Identification de l'établissement CLINIQUE SAINT VINCENT 40 CHEMIN DES TILLEROYES 25044 BESANCON CEDEX		N° Finess 250000270	Code catégorie 365	Référence à rappeler Clé de la facture C N° de Lot N° de facture 231839601 N° d'entrée 2318396 N° PEC AMC			Signature de l'assuré(e)
Domiciliation bancaire de l'établissement Centre CCP ou banque 30002		CLINIQUE ST VINCENT Guichet 02273	LCL Compte 0000459884P	Clé 50	Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>		
Le bénéficiaire des soins				L'assuré(e) titulaire du contrat AMC			
Nom de naissance et prénom(s) BOIBESSOT RAYMOND suivi s'il y a lieu du nom d'usage BOIBESSOT				Nom de naissance et prénom(s) BOIBESSOT RAYMOND suivi s'il y a lieu du nom d'usage BOIBESSOT			
N° immatriculation et clé 1290325248001 64		N° immatriculation et clé 1290325248001 64		N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte			
Code organisme de rattachement 01/701		Date et rang de naissance 05/03/1929 1		Adresse 18 BIS RUE DE LA VIEILLE TUILE 70100 GRAY			
N° centre gestionnaire 1000		Date de début hospitalisation 05/07/2023					
Entrée le 05/07/2023		Sortie le 05/07/2023					

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 00/00/00
Maternité <input type="checkbox"/>	ATMP <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 traitement	Dkt	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'assurée
					Du	Au						Taux	Montant		
S			C	GHS	05/07/23	05/07/23	440.95	1	1.00	440.95	440.95	100.00	416.95	24.00	
S			C	PAS	05/07/23	05/07/23	24.00	1	1.00						
Sous-total 1										440.95	440.95		416.95	24.00	0.00

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques

Transfert	Mode de traitement	Dkt	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'assurée
											Taux	Montant		
Sous-total 2									0.00	0.00		0.00	0.00	0.00
Sous-total 1 + 2									440.95	440.95		416.95	24.00	0.00

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire																						
Transfert	N° d'identification prescripteur	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Spécialité	Zone Tarif	Code convention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre cle	Localisation dentaire	Prix unitaire	Elément de tarification		Quantité ou coefficient ou dénombrement	Coefficient association	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
												Modif	Code cateur rembl excep						Taux	Montant		
S	1	251045514	41	34	02	05/07/23			ADC		104.50	J		1.00		261.29	DA	111.29	100.00	111.29		150.00
S	2	251852125	02	34	02	05/07/23			ADA		57.55	A		1.00	1.000	180.55	DA	80.55	100.00	80.55		100.00
S	2	251852125	02	34	02	05/07/23			ADA		28.44			1.00	1.000	28.44		28.44	100.00	28.44		
Sous-total 3															470.28		220.28		220.28	0.00	250.00	

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2			
MANDATAIRE(S) N° 1,2		MANDATAIRE(S) N°		MANDATAIRE(S) N°			
B* ST VINCENT HONO		B*		B*			
Centre CCP ou banque	Guichet	Centre CCP ou banque	Guichet	Centre CCP ou banque	Guichet		
Compte	Cle	Compte	Cle	Compte	Cle		
Montant facturé par le praticien.							
N°1 GASSE NICOLAS	N°2 BARRANDE YOANN	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	
ADELI 251045514	ADELI 251852125	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	
€ 0.00	€ 0.00	€	€	€	€	€	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)			911.23 €	Rappel du numéro de facture 231839601			

L'émission du présent bordereau atteste du renseignement de celui-ci sur le fondement du bordereau de facturation du régime obligatoire.

B* : Banque

ETABLISSEMENT DE SANTE PRIVE - BORDEREAU DE FACTURATION DESTINE A L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE

Date d'élaboration 04/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire MMC / PRAECONIS / prevaiois		Code M170706		Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70006		BP 80283 VESOUL CEDEX	
Identification de l'établissement SAS HOPITAL PRIVE MIOTTE AVENUE DE LA MIOTTE BP 109 90002 BELFORT CEDEX		N° Finess 900000035 Code catégorie 128		Référence à rappeler Clé de la facture C N° de Lot N° de facture 230690201 N° d'entrée 2306902 N° PEC AMC		Signature de l'assuré(e) Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>	
Domiciliation bancaire de l'établissement Centre CCP ou banque 30003		SAS HOPITAL PRIVE MIOTTE Guichet 00542		SOCIETE GENERALE Compte 00020123815		Clé 61	

Le bénéficiaire des soins				L'assuré(e) titulaire du contrat AMC			
Nom de naissance et prénom(s) MILLET JULIETTE suivi s'il y a lieu du nom d'usage VASSEUR				Nom de naissance et prénom(s) MILLET JULIETTE suivi s'il y a lieu du nom d'usage VASSEUR			
N° immatriculation et clé 2310254528028 02		N° immatriculation et clé 2310254528028 02		N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte			
Code organisme de rattachement 01/251		Date et rang de naissance 10/02/1931 1		Adresse 18 RUE ANDRE BOULOUCHE 25200 MONTBELIARD			
N° centre gestionnaire 1000		Date de début hospitalisation 29/06/2023		Entrée le 29/06/2023		Sortie le 30/06/2023	

Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins

Maladie <input checked="" type="checkbox"/>	Accident causé par un tiers <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Si oui, date 00/00/00
Maternité <input type="checkbox"/>	ATMP <input type="checkbox"/>	Exonération forfait journalier <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
				Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/>

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'assurée
					Du Au						Taux Montant		
S			C	FJ	29/06/23 29/06/23	20.00	1	1.00				20.00	
S			C	GHS	29/06/23 30/06/23	809.45	1	1.00	809.45	809.45	100.00 765.45		
S			C	PAS	30/06/23 30/06/23	24.00	1	1.00				24.00	
S			C	FJA	30/06/23 30/06/23	20.00	1	1.00	20.00			20.00	
Sous-total 1										829.45	809.45	765.45	64.00 0.00

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques

Transfert	Mode de traitement	DMT	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'assurée
											Taux Montant		
Sous-total 2										0.00	0.00	0.00	0.00 0.00
Sous-total 1 + 2										829.45	809.45	765.45	64.00 0.00