

## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS

## BORDEREAU DE FACTURATION DESTINÉ À L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

N° Feuillet 1/2

Date de la facture AMC : 12/07/2023

<b>Identification de l'organisme complémentaire</b> PRAECONIS - MMC70		<b>Code</b> 778542852V1		<b>Adresse</b> 6 RUE PAUL MOREL BP 283 70006 VESOUL CEDEX										
<b>Identification de l'établissement</b> Hôpital Privé de L'Est Parisien 11 Avenue de la République, 93600 AULNAY SOUS BOIS		<b>CODE CATEGORIE</b> 365	<b>Coefficient MCO</b> 1,0365 <b>Coefficient HAD</b> 1,0365	<b>Références à rappeler</b> Clé facture C N° de lot N° Facture 230701119 N° d'entrée 23003090 N° PEC AMC N159970	<b>Signature de l'assuré(e)</b>									
<b>Domiciliation bancaire de l'établissement</b> IBAN FR76 3000 4008 3700 0230 0239 291    Banque 30004    Guichet 00837    Compte 00023002392    Clé 91		<b>Bic</b> BNPAFRPP		<b>Absence de signature</b> <input type="checkbox"/>										
<b>Le bénéficiaire des soins</b> Nom de naissance et prénom(s) DELEM YOLAIN suivi s'il y a lieu du nom d'usage			<b>L'assuré(e) titulaire du contrat AMC</b> (à remplir si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré(e)) Nom de naissance et prénom(s) DELEM YOLAIN suivi s'il y a lieu du nom d'usage											
N° d'immatriculation et clé 2 55 10 97 223 059 25 Code organisme de rattachement 01931 N° centre gestionnaire 01 931 000 Entrée le 23/06/2023 07:59		N° d'immatriculation et clé 9 RUE DU 8 MAI Adresse 93600 AULNAY SOUS BOIS		<b>N° contrat/adhérent(e)</b> 2551097223059 25										
<b>Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins</b>														
Maladie <input checked="" type="checkbox"/>		Accident causé par un tiers .		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>									
Maternité <input type="checkbox"/>		AT/MP <input type="checkbox"/>		Exonération forfait journalier <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>									
<b>Frais de structure et de soins</b>														
Transfert	Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations	Période	Prix unitaire	Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire	Montant	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
S	23	181	M	GHS	23/06/23	23/06/23	531,81	1	527,22	551,22	100	527,22		
	23	181	P	PAT	23/06/23	23/06/23	24,00	1	24,00				24,00	
						<b>Sous-total 1</b>			551,22	551,22		527,22		24,00
<b>Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques</b>														
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	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
						<b>Sous-total 2</b>								
						<b>Sous-total 1+2</b>			551,22	551,22		527,22		24,00

## Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire

Rappel du numéro de facture : 230701119 Feuillet 2/2

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 de dénombrément	Coefficient association	Honoraires facturés	Dépasserment	Base de remboursement régime obligatoire		Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
												Modificateurs	Code remb. except.					Taux	Montant				
1	931111926	08 31 3	23/06/23	ADC							192,00				1	1	192,00	192,00	100	192,00			
2	931009146	02 31 2	23/06/23	ADA							52,41				1	1	52,41	52,41	100	52,41			
3	921705448	37 11 1	23/06/23	ATM							93,51				1	1	93,51	93,51	100	93,51			

**PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION CHIRURGICALE N° 0123003713**  
Valable du 23/03/2023 au 01/04/2023

**CONTACT :** Gestion Prestations 1  
Ligne Directe : 03.84.75.19.20  
Fax : 03.84.75.20.21  
E-mail : service.prestations@praeconis.fr

**Clinique d'AULNAY**  
**11 AV de la République**  
**93604 AULNAY SOUS BOIS CEDEX**

Vesoul, le 13 juin 2023

Madame, Monsieur,

En réponse à votre demande, nous vous indiquons ci-dessous nos remboursements en fonction de vos indications concernant le bénéficiaire cité ci-dessous :

**Bénéficiaire : DELEM YOLAINNE CREPIN Né(e) le :25/10/1955**  
**N° Dossier : N159970 N° S.S. : 2551097223059 25**

**Code Tiers National : 930300066**  
**Date d'entrée : 23/03/2023**

**HOSPITALISATION CHIRURGICALE**  
DMT : 137 Chirurgie générale

Libellé Prestation	Durée En jours	Remboursement mutuelle
Frais de Séjour		Ticket Modérateur
Honoraires		Ticket Modérateur
Participation Forfaitaire		OUI
Forfait Journalier	1	20.00

La présente prise en charge est délivrée sur la base des informations communiquées par l'établissement et reprises dans le présent document et ne concerne que les établissements en secteur conventionné.

Notre règlement ne pourra pas excéder le montant des frais réels, et se fait **uniquement** par virement bancaire ou postal (**Joindre un RIB pour un tout premier paiement**).

Notre prise en charge sera plafonnée aux frais réellement engagés, après déduction du remboursement du régime obligatoire (pour les éléments remboursables uniquement) et des éventuels autres régimes complémentaires intervenant.

Sous réserve de cas d'exonération (invalidité, maternité, accident du travail, etc.), de la radiation du contrat, du paiement des cotisations et/ou de tout changement de la réglementation ou de produit.

La délégation de paiement ne s'applique pas sur :

- Les dépassements d'honoraires
- La chambre particulière sans hébergement (ambulatoire et hospitalisation de jour)
- Les frais d'accompagnement.

**L'assuré demande la dispense d'avance de frais et le paiement direct à l'établissement pour la part remboursée par la mutuelle.**

Bon pour accord

Date Signature de l'assuré

SERVICE PRESTATIONS

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

Date d'élaboration 11/07/2023

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 628 N° de facture 231962501 N° d'entrée 2319625 N° PEC AMC	Signature de l'assuré(e)  Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>
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) DIDIER JEAN-LUC suivi s'il y a lieu du nom d'usage DIDIER		Nom de naissance et prénom(s) DIDIER JEAN-LUC suivi s'il y a lieu du nom d'usage DIDIER		
N° immatriculation et clé 1520870310168	43	N° immatriculation et clé 1520870310168	43	N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte N131339
Code organisme de rattachement 01701	Date et rang de naissance 27/08/1952 1	Adresse 16 ROUTE DE LURE 70200 LINEXERT		
N° centre gestionnaire 1000	Date de début hospitalisation 29/06/2023			
Entrée le 29/06/2023	Sortie le 29/06/2023			

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

Frais de structure et de soins															
Transfert	Mode de traitement	DHT	DCS	Prestations	Période		Prix Unitaire	Quantité	Coef facturant	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurée	
					Du	Au									
S		M	GHS		29/06/23	29/06/23	1000.93	1	1.00	1000.93	1000.93	100.00	976.93	24.00	0.00
S		M	PAS		29/06/23	29/06/23	24.00	1	1.00						
Sous-total 1					1000.93	1000.93				976.93	24.00	0.00			

Produits de la LPP, facturables et spécialités pharmaceutiques													
Transfert	Mode de traitement	DHT	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
Sous-total 2					0.00	0.00				0.00	0.00	0.00	
Sous-total 1 + 2					1000.93	1000.93				976.93	24.00	0.00	

**SERVICE COURRIER LE**  
17 JUIL. 2023

SERVICE COURRIER LE  
17 JUIL. 2023

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire																						
Transfert Numéro de case	N° d'identification prescripteur	Spécialité	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	Code corréction	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Localisation dentaire	Prix unitaire	Element de tarification	Modifi- cateur	Code remb. excep.	Quotidien coefficient OPTI diagnostic/méth. Coiffic. assocation	Honoraires facturés	Dépassement	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)	
																	Taux	Montant				
S 1			251710315	06	24	01	29/06/23		ADE		69.93		1.00	1.000	69.93		69.93	100.00	69.93			
			251710315	06	24	01	29/06/23		ADI		21.28	Z	1.00	0.500	12.33		12.33	100.00	12.33			
			251852174	02	34	01	29/06/23		APC		55.00		1.00		55.00		55.00	100.00	55.00			
			251852174	02	34	01	29/06/23		ADA		94.05		1.00		94.05		94.05	100.00	94.05			
			251853073	03	24	01	29/06/23		CS		23.00		0.80		18.40		18.40	100.00	18.40			
			251853073	03	24	01	29/06/23		ATM		14.26		1.00		14.26		14.26	100.00	14.26			
			251853081	03	24	01	29/06/23		ADI		259.20		1.00		259.20		259.20	100.00	259.20			
			251853081	03	24	01	29/06/23		ADI		294.94		1.00		294.94		294.94	100.00	294.94			
			251853123	03	24	01	29/06/23		CS		23.00		0.80		18.40		18.40	100.00	18.40			
			251853123	03	24	01	29/06/23		ATM		14.26		1.00		14.26		14.26	100.00	14.26			
													Sous-total 3		850.77		850.77		850.77		0.00	

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1			N° FINESS établissement 2					
MANDATAIRE(S)		N° 1,2,3,4,5	MANDATAIRE(S)		N°	MANDATAIRE(S)		N°
B <sup>e</sup> ST VINCENT HONO			B <sup>e</sup>			B <sup>e</sup>		
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 MESSIN BENOIT SELARL C	N°2 CLEMENT JEAN CHRISTOPHE	N°3 JANIN SEBASTIEN	N°4 BERNARD FRANCOIS	N°5 LEGALERY PIERRE	N°6	N°7		
ADELI 251710315	ADELI 251852174	ADELI 251853073	ADELI 251853081	ADELI 251853123	ADELI	ADELI		
€ 0.00	€ 0.00	€ 0.00	€ 0.00	€ 0.00	€	€		
<b>MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)</b>			<b>1851.70 €</b>	<b>Rappel du numéro de facture</b>		<b>231962501</b>		

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

B' : Banque

Feuillet 2 / 2

**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			Code catégorie 365	Clé de la facture N° de Lot N° de facture N° d'entrée N° PEC AMC	Référence à rappeler C 666 231973101 2319731 Signature de l'assuré(e)
Domiciliation bancaire de l'établissement Centre CCP ou banque 30002 Guichet 02273			LCL Compte 0000459884P	Clé 50	Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>
Le bénéficiaire des soins Nom de naissance et prénom(s) CARDIEL GERARD suivi s'il y a lieu du nom d'usage CARDIEL					
L'assuré(e) titulaire du contrat AMC Nom de naissance et prénom(s) CARDIEL GERARD suivi s'il y a lieu du nom d'usage CARDIEL					
N° immatriculation et clé Code organisme de rattachement N° centre gestionnaire Entrée le	1471170279441 01/701 1000 04/07/2023	23 Date et rang de naissance Date de début hospitalisation Sortie le	26/11/1947 04/07/2023 04/07/2023	N° immatriculation et clé Adresse 70600 OYRIERES	1471170279441 1 IMPASSE DE LA CURE 23 N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte

**SERVICE COURRIER LE  
17 JUIL. 2023**

Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins															
Transfert	Mode de traitement	DHT	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
												Taux	Montant		
S		C	GHS		04/07/23	04/07/23	895.67	1	1.00	895.67	895.67	100.00	871.67	24.00	30.00
S		C	PAS		04/07/23	04/07/23	24.00	1	1.00						
S		C	DIV		04/07/23	04/07/23	30.00	1	1.00	30.00					
						Sous-total 1	925.67			895.67		871.67	24.00	30.00	

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques																					
Transfert	Mode de traitement	DHT	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	925.67			895.67		871.67	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	Spécificité	Zone TARI	Code co-médicament	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Prix unitaire	Elément de tarification	Modif-Code calculateur remb. excp	Honoraires facturés	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)	
															Taux	Montant			
S 1	251710117	02	24	01	04/07/23		ADA		103.64	7	1.00		109.86	109.86	100.00	109.86			
S 2	251850046	49	34	02	04/07/23		ADC		201.87	T J	1.00		238.21	238.21	100.00	238.21			
S 3	251850046	49	26	30	01	04/07/23	04/07/23	AMC		2.15		7.50		16.13	16.13	100.00	16.13		
S 3	251850046	49	26	30	01	04/07/23	04/07/23	AMC		2.15		10.70		23.01	23.01	100.00	23.01		
													Sous-total 3		387.21	387.21	387.21	0.00	0.00

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1			N° FINESS établissement 2		
MANDATAIRE(S)		N° 1,2,3	MANDATAIRE(S)		N°
B* ST VINCENT HONO			B*		B*
Centre CCP ou banque	Guichet		Centre CCP ou banque	Guichet	Centre CCP ou banque
Compte	Cle		Compte	Cle	Compte
Montant facturé par le praticien.					
N°1 JEANGIRARD SELARL	N°2 MONEK OLIVIER	N°3 MORENO THOMAS	N°4	N°5	N°6
ADELI 251710117	ADELI 251850046	ADELI 257042929	ADELI	ADELI	ADELI
€ 0.00	€ 0.00	€ 0.00	€	€	€
<b>MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)</b>			1312.88 €	Rappel du numéro de facture	
231973101					

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 10/07/2023

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 577 N° de facture 231798001 N° d'entrée 2317980 N° PEC AMC	Signature de l'assuré(e)					
Domiciliation bancaire de l'établissement Centre CCP ou banque 30002		CLINIQUE ST VINCENT LCL Guichet 02273 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) HUMBERT REGIS suivi s'il y a lieu du nom d'usage HUMBERT							Nom de naissance et prénom(s) HUMBERT REGIS suivi s'il y a lieu du nom d'usage HUMBERT							
N° immatriculation et clé 1540470550017 10			N° immatriculation et clé 1540470550017 10							N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte				
Code organisme de rattachement 01/701 Date et rang de naissance 05/04/1954 1			Adresse 5 RUE DES BALCONS FLEURIS RESIDENCE LE PRE DES ANGLE 70000 VESOUL							U002689				
N° centre gestionnaire 1000 Date de début hospitalisation 28/06/2023			70000 VESOUL											
Entrée le 30/06/2023 Sortie le 30/06/2023														
Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins														
Maladie <input checked="" type="checkbox"/>		Accident causé par un tiers .....						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	DRAFT	DCS	Prestations	Période	Prix Unitaire	Quantité	Coeficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré
											Taux	Montant		
S S		M M	GHS DIV		Du 30/06/23 Au 30/06/23	465.77 30.00	1 1	1.00 1.00	465.77 30.00	465.77 30.00	80.00	372.62	93.15	30.00
Sous-total 1 495.77 465.77											372.62	93.15	30.00	
Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques														
Transfert	Mode de traitement	DRAFT	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 + 2 495.77 465.77											372.62	93.15	30.00	

SERVICE COURRIER LE  
17 JUIL. 2023

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire																					Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)	
Transfert	Numéro de cas*	N° d'identification prescripteur	Spécialité	N° d'identification de l'exécutant	Spécificité	Zone Tarif	Code convention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre dé	Localisation dentaire	Prix unitaire	Elément de tarification	Modifi-Code catégiteur remb. excép.	Quotidité coefficient ou remboursement	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire				
																		Taux	Montant				
S	1			251037933	49	34	02	30/06/23		ADC		38,29			1,00	38,29	38,29	80,00	30,63	7,66			
S	2			251852166	02	24	01	30/06/23		ADA		48,00			1,00	48,00	48,00	80,00	38,40	9,60			

## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS

## BORDEREAU DE FACTURATION DESTINÉ À L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Numéro de feuillett : 1 / 2

Date de la facture AMC : 11/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire PRAECONIS	Code 2999	Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70000 VESOUL	Téléphone : 0384971239
-----------------------------------------------------------	--------------	---------------------------------------------	------------------------

Identification de l'établissement CLINIQUE SAINT CHARLES 11 BOULEVARD RENE LEVESQUE BP 50669 85016 LA ROCHE SUR YON CEDEX	N° FINESS 850000118 Téléphone : 02 51 44 44 44 Fax : 02 51 44 45 10	CODE CATÉGORIE 365	Références à rappeler Clé facture C N° de lot 029 N° facture 123116	Signature de l'assuré(e)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-----------------------	------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

Domiciliation bancaire de l'établissement CLINIQUE SAINT CHARLES IBAN : FR761551939030002098250102 BIC : CMCFR2A	N° d'entrée 23025990 N° PEC AMC 1490419031007 43	Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

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) DESVIGNE Gilbert	Nom de naissance et prénom(s)		
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 1490419031007 43	N° d'immatriculation et clé 1490419031007 43	SERVICE COURRIER LE 17 JUIL. 2023	N° contrat/adhérent(e)
Code organisme de rattachement 018510000 Date et rang de naissance 02/04/49 - 1	Adresse 52 avenue du littoral 85000 LA ROCHE SUR YON		
N° centre gestionnaire 0000 Date début hospitalisation 27/06/2023			
Entrée le 27/06/2023 Sortie le 27/06/2023			778542852 / 14904190

## 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 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'assuré(e)				
											Taux	Montant						
S		C	GHS		27/06/2023	27/06/2023	809.45	1	1.00	809.45	809.45	100	785.45	24.00				
					27/06/2023	27/06/2023	24.00	1	1.00									
					27/06/2023	27/06/2023	30.00	1	1.00	30.00				30.00				
						</												