Transfert	Numéro de cas	N° d'identification prescripteur	Spécialité	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	Code commentio	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	calisation lentaire	Prix unitaire	tarific	e cation Code	Quantité coefficient ou dénombrement	efficient	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime	Régir	ne obligatoire	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
۲	2	proseripted	Sp	ue rexecutant	ď	202	Code				រុំ		cateur	Code remb. except	coed	ပို့ရှိ		Dég	obligatoire	Taux	Montant		
S S	1 2			901009050 901804161	02 15		01	29/06/23 29/06/23		ADA ADC		111.00 271.70	Α		1.00		134.00 271.70		134.00 271.70				
															Sous-	total 3	405.70		405.7	0	405.70	0.00	0.00
$\overline{}$		provisoire - N° f	INES	SS établissemen	11							N° FINESS	établis	semer	nt 2								
B* SAS HOPITAL PRIVE MIOTTE SOCIETE GENERALE									INDATAIRE(S)						N	_		MANDATAIF B*	E(S)		N°_		
									ntre CCP ou band	que			Guich	et				Centre CCP	ou banque	9	Guichet		
Compte 00020123815 Cle 61 Compte								mpte	_			Cle					Compte			Cle			
Мс	Montant facturé par le praticien.																						
	N°1 SUSSMUTH MICKAEL N°2 HACHICHA FIRAS N°3 NDELI 901009050 ADELI 901804161 ADELI										N°4					N°5			N°6			N°7 ADELI	
₽U	A l									ADE	L			[/	AUELI E			AUE!	.i		F AUCLI		

Rappel du numéro de facture

230690201

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 1235.15 € Temisson du présent bordéréau affeste du renseignement de celui-disor le fondement du bordéréau de facturation du régime obligatoire.

B': Banque

Feuillet 2 / 2



MMC 6 rue Paul MOREL BP 80283 70006 VESOUL CEDEX SERVICE COLIDERER LE

6 125 - H 2003

PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION CHIRURGICALE N° 0123003749 Valable du 29/06/2023 au 08/07/2023

CONTACT : Gestion Prestations 1 Ligne Directe : 03.84.75.19.20

Fax: 03.84.75.20.21

E-mail::prestations@mutuelle-mmc.com

CLINIQUE DE LA MIOTTE

AV DE LA MIOTTE

90000 BELFORT

Vesoul, le 15 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 :

Code Tiers National: 90000035

HOSPITALISATION CHIRURGICALE

<u>Date d'entrée</u>: 29/06/2023

DMT: 181 Chirurgie Générale et Spécialités Chirurgicales

Durée En jours	Remboursement mutuelle
	Ticket Modérateur
	Ticket Modérateur
1	OUI
10	20.00
10	45.00
	En jours

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 <u>uniquement</u> 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 règlementation 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

COSEM - CENTRE MIROMESNIL

6 AVENUE CESAR CAIRE

75008 PARIS

Numéro: 750010555

BORDEREAU RECAPITULATIF DES FACTURES PAPIER

12/07/2023 12:28 Page: 1

Numéro 702829 préparé le 12/07/2023

Serv.: MED

Organisme destinataire : 70000854 MMC - VIVENS

70000854

6 rue Paul Morel

70000 VESOUL

•	Numéro S.S. Numéro adhérent							
GUIHARD GENEVIEVE GUIHARD GENEVIEVE	241127511831065	01/12/1941 n°AMC=7000		ATM	1	56,54		16,96
			07/07/23	ADI	1	10,42		3,13
 				 Monta	 nt à régler		>	20,09

Nombre de factures : 1

Compte à créditer : C.O.S.E.M.

SOCIETE GENERALE

30003 03360 00050370294 72

SERVICE COLIDATER 1 F

Centre Médical MIROMESNIL 6, avenue César Caire

Tél./: 01.55.56.62.50 FINESS: 750010558

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

Date d'élaboration 07/07/2023

	itification		•	me complém evalois	entaire				Code	M17070	6		Adress	e 6 RUE PAUL MO 70006	DREL	BP 80283 VESOUL CEDE	X
SA	tification S HOPIT ENUE DE 202 BE	AL PRIV	E MIC	OTTE E	N° Fines	s 900000	0035	Code catégo 128	orie			Cié de la facture N° de Lot N° de facture	C 2308196				Signature de l'assuré(e)
	iciliation re CCP o			tablissement 003		OPITAL PRIVE MI et 00542	OTTE SO Compte	OCIETE GENERA 00020123815	LE		Clé 61	N° d'entrée N° PEC AMC	2308196	3		Absen	ce de signature
e bé	néficiai	e des so	oins								L'assuré(e) titula	aire du contrat AMC					
	de naiss s'il y a lie				ibi rayan					sance et prénom(s) Gh eu du nom d'usage	IERIBI NADE	EGE					
N° in	nmatricul	ation et d	dé	283112	5056098	55			riculation et clé 2	2831125056098 5	5			N° de contra	t / adhérent(e)		
Code	e organis	me de ra	ttache	ement 01/	701	Date et rang o	le naissance	19/09/2016	1 RUE CHABON I	DELMAS				mentionné sur	l'EP ou la carte		
N° ce	entre ges	tionnaire	!	1000		Date de début	hospitalisation	04/07/2023			70400 HERICO	OURT					
Entré	e le	04/07/20	23			Sortie le		04/07/2023									
Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins																	
	_				_	usé par un tiers						Non X	Oui	Si oui, date	00/00/00		
	,				,											Régime Alsace	, ,
	laternité AT/MP Exonération forfait journalier																
Transfert	Mode de traitement	DIMIT	soo	Prestations		Pério	de	Prix Unitaire	Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursemer régime obligatoire	it R	égime obligatoire	M	lontant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurée
			L			Du	Au			ļ,			Taux	Montant			
\$ \$			C	GHS PAS		04/07/23 04/07/23	04/07/23 04/07/23	379.43 24.00		1 1.00	1	379.43	100.00	35	5.43	24.00	
									S	ous-total	379.43	379.4	3		355.43	24.00	0.00
煌		e e e		AND THE		eracina sua e	Avenation	∰Produits de l	a LPP f	acturable	s et spécialités ph	armaceutiques (4	_	·	5 039 35	**************************************	Arrest Roller
Transfer	Mode de traitement	DMT	soo	Prestations		N° identification prescripteur	Date d'implantation	Prix uni tarif référe	taire / de	Quantité	Montant facturé	Base de remboursemer régime obligatoire		égime obligatoire Montant	М	Iontant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurée
									Sou	s-total 2	0.00	0.0	00		0.00	0.00	0.00
										tal 1 + 2	379 43		_		355 43	24.00	0.00

10)	J*4.5		7.			. 5	2.5	j	1 6 B	elevé des hono	oraires	médicaux.	param	édica	ux et ac	tes de	laboratoire	-		1 1			
-	,	American Street			<u> </u>		_				COLUMN TOWN		Elém			-				l .	and the second second		Con The Control of Control of
Transfert	Numéro de case	N° d'identification prescripteur	Spécialité	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	Code convention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	calisation dentaire	Prix unitaire	de tarifica Modifi- cateur	e ation Code	Quardité coefficient ou dénombre ment	Coefficient	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire	Régin	ne obligatoire	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
-	ž		ß		Š	Z	Cod				Lo			except	g, g	لات		Dé	obligatoric	Taux	Montant		
5 5	1 2		S.	901009050 901010918	02 16	24	01 02	04/07/23 04/07/23		ADA ADC	T	60.85			1.00	_	60.85 274.46		60.85	Taux 100.00 100.00	60.85 74.46		200.00
													Sous-	otal 3	335.31		135.31		135.31	0.00	200.00		
Transfart provincia. Mª EINECS établiceamant 1										П	N° FINESS	établiss	semer	nt 2	_						-		
Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1 MANDATAIRE(S) B° SAS HOPITAL PRIVE MIOTTE SOCIETE GENERALE Centre CCP ou banque 30003 Guichet 00542 Centre CCP ou												7 1 ME00				N°		-	MANDATAIRE B*			N°	
	Centre CCP ou banque 30003 Guichet 00542 Centre CCP ou Compte 00020123815 Cle 61 Compte									ntre CCP ou bar	nque			Guich	et				Centre CCP of	u banque		Guichet	
_	_		11.1		: 61	_			Co	mpte				Cle				_	Compte			Cle	
_		cturé par le prat SMUTH MICKAI			SMAN	BART	TEFI	D HUd N ₆ 3			N°4			_		l°5			N°6			N°7	
	N°1 SUSSMUTH MICKAEL N°2 HOCSMAN BARTFELD HUQ N°3 ADELI 901009050 ADELI 901010918 ADELI											211											
€		0.00			01010: .00	310		€			ADE €	:LI			1	DELI			ADELI			ADELI €	
		IT TOTAL en		,					714.7	4 €	Ī	Rappel d	u nun	néro	de fact	ure	230819	601	 				

L'émission du présent bordereau atteste du renseignement de celu-ci sur le fondement du bordereau de l'acturation du régime obligatione. B⁺ : Banque



SERVICE COURRIER LE 1.7 JUIL. 2023

MMC 6 rue Paul MOREL **BP 80283** 70006 VESOUL CEDEX

PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION CHIRURGICALE Nº 0123004222 Valable du 04/07/2023 au 13/07/2023

CONTACT : Gestion Prestations 1

Ligne Directe: 03.84.75.19.20

Fax: 03.84.75.20.21

E-mail::prestations@mutuelle-mmc.com

CLINIQUE DE LA MIOTTE

AV DE LA MIOTTE

90000 BELFORT

Vesoul, le 4 juillet 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 : GHERIBI H

Ne(e) le: 19/00/2010 15/09/2016

N° Dossier: N165912

Date d'entrée :

N° S.S.: 2831125056098 55

Code Tiers National: 90000035

04/07/2023

HOSPITALISATION CHIRURGICALE

DMT: 181 Chirurgie Générale et Spécialités Chirurgicales

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

Date

Signature de l'assuré

SERVICE PRESTATIONS

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS BORDEREAU DE FACTURATION DESTINÉ À L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

									aoiaio Ai	MC: 07/07/2023
identification de l'organisme complément MEDICO CHIRURGICALE VESOUL	daire Cod	de MEDIC70V01		Adresse 6 RUE PA	UL MOREL	. 70006 VES	OUL CEDEX	ζ		
Identification de l'établissement Polyclinique de Franche-Comté 4 RUE RODIN, CS 62222 25052 BESANCON CEDEX	ss 250011848		CODE		Coefficient i 0,9687 Coefficient i 0,9687	HAD	Réf Clé facture (N° de lot N° Facture 2			Signature de l'assuré(e)
Domiciliation bancaire de l'établissement	ORCHAMPS VENN	VES		Bio	AGRIFRE	PP825	N° d'entrée E	32317120		Absence de signature
IBAN FR76 1250 6200 4956 5255 1271 7			9 Compte	56525512			N° Feuillet 1.	/2		X
Le bénéficiaire des soins						contrat AMC	16 14 14 1	ו למולים לילוב בילו. ליוני בילום	postir in	, ,
Nom de naissance et prénom(s) RATTE Marcelle suinis s'il y a lieu du nom d'usage Nom usuel : JACQI	UARD			Nom de nais:	sance et prénomí	s) RATTE M				
N°centre gestionnaire 02 701 000	75 ate et rang de naissance 2: ate début hospitalisation ortie le 29/06/2023	5/07/1945 1	N° d'immatricula 5 rue d' Adresse 70130	du paquis	SUR SAO	NE			N° c	ontrat/adhérent(e) N1397489
		Condition	s de prise en cha	rge du béné	éficiaire des s	oins				
Maladie 🔼	Accident causé par un tier	s .				Non			ui, date	
								n 0/-	i Alesen	Mocalla
Maternité 🛘	AT/MP 🗆		Exonération forfair		nins	Non	DA Oui	LI Keg	ime Alsace	Wioselle 🗖
Maternité Tage de la companie de l	Période Du 29/06/23 29/		Frais de struct	ture et de s	olns ntant facturé 601,14 24,00	Base de rembour régime obligat	sement R	égime obligatoire Montant	Montant AM en tiers paya	C Reste à charge
Training the personal state of the personal	Période Du 29/06/23 29/	Au 06/23 6	Frois de struct	ture et de s	ntent facturé 601,14	Base de rembour régime obligat	sement R oire Taux	égime obligatoire Montant) 601,14	Montant AM en tiers paya	C Roste à charge nt pour l'assuré(e)
Training the personal state of the personal	Période Du 29/06/23 29/	Au 06/23 6	re 45,34 1 24,00 1	Mor	601,14 24,00	Base de rembour régime obligat	sement Riverse Taux 625,14 100	égime obligatoire Montant 601,14	Montant AM en tiers paya	Reste à charge pour l'assuré(e) 24,00 CLIPPIED F
No.	Période Du 29/06/23 29/	Au 06/23 6	Frois de struct	Mor	601,14 24,00	Base de rembourrégime obligat	sement R oire Taux	égime obligatoire Montant) 601,14	Montant AM en tiers paya	C Reste à charge pour l'assuré(e)
Training the personal state of the personal	Période Du 29/06/23 29/ 29/06/23 29/ N* identification	Au 06/23 6	Frais de struct re 30 45,34 1 24,00 1	Mor	601,14 24,00	Base de rembourrégime obligat	Rement Roofee Taux 625,14 100	égime obligatoire Montant 601,14	Montant AM en tiers paya	Reste à charge pour l'assuré(e) 24,00 C Reste à charge 24,00 C Reste à charge
No.	Période Du 29/06/23 29/ 29/06/23 29/ N* identification	Au 06/23 6 06/23 Produits de l	Frais de struct re 30 45,34 1 24,00 1	Nure et de si Mor	601,14 24,00 625,14 és pharmaceu	Base de rembourrégime obligat Iliques Base de rembourrégime obligat	sement Rivers of State S	Montant 601,14 601,14	Montant AM en tiers paya	Reste à charge pour l'assuré(e) 24,00 C Reste à charge pour l'assuré(e)

									Re	levé des honor	aires m	édicaux, par	amédicaux e	t actes	de laboro	itoire		Rappel du nu	méro d	e facture : 23	3070803	Feuillet 2/2
sfert	N°	ialité	N°			tarif	convention	Date	Date de la	Code	sation	Dela unitalia	Eléments de tarification	ité ou ient ou vement	icient	Honoraires	sement	Base de remboursement	Régim	e obligatoire	Montant AMC en	Reste à charge
Transfert N* de cas	identification prescripteur	Spécialité	identification de l'exécutant		Specialité	ů (Code cor	des actes	prescription	regroupement ou lettre clé	Localisation dentaire	Prix unitaire	Modifi- cateurs excep	085	Coefficient	facturés	Dépass	régime obligatoire	Taux	Montant	tiers payant	pour l'assuré(e)
		-	251029153	4	1 3	4 3	3	29/06/23		ADC		209,00	J		1	372,59		222,59	100	222,59		150,00
1			251029153	4	1 34	4 3	1	29/06/23		ADC		62,70	11	1	0.5	33,39		33,39	100	Oont 150 en pai 33,39	ement direct p	oar le patient
1			231027133	7	, ر ۱	, ,	J	23/00/23		ADC		02,70	, ,	'	0.5	33,37		33,37	100	33,37		
		1							ı													
		1							'													
		,																				
		}																				
		,																				
		1																				
		,																				
		}																				
		ĺ																				
		,																				
																				MICEC	Ulipes	TOIL
		ı																	St	KAICE		•
																				RVICE (JIL. 2023	
		ı																				
		-			_	_	_							So	us-total 3	405,98		255,98		255,98		
Trans	fert provisoir	θ-	N° FINESS é	tab	oliss	eme	ent	0					N° FINES	S établi	ssemen	t ②						
	TAIRE(S)	_		_	_	_	N'		M	ANDATAIRE(S)				N°		MANDA	ATAI	RE(S)			N.	
Domiciliat	on ORCHAN	MPS	VENNES						Do	miciliation						Domiciliat	ion					
	506 20040 5																					

Transfert provisoire - N° I	INESS établissement ①			N° FINESS établissement (
MANDATAIRE(S)	N.	MANDATAIRE(S)		N°	MANDATAIRE(S)	N'
Domiciliation ORCHAMPS VE	NNES	Domiciliation			Domciliation	
RIB 12506 20049 56525512	2717 53	RIB			RIB	
IBAN FR76 1250 6200 4956	5255 1271 753 BIC AGRIF	RPP825 IBAN		BIC	IBAN	BIC
Montant facturé par le praticier	1.					
n°1 RIDOUX Pierre Etienne	n° 2	nº 3	nº 4	nº 5	nº 6	n°7
adeli 251029153	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI
€ 405,98	€	€	€	€	€	€
MONTANT TOTAL en eur	ros (1+2+3)	1031,12 €	'assuré(e) n'a p	as payé la part obligatoire [L'assuré(e) n'a pas	payé la part complémentaire
10 m 10 m 10 m 10 m	1 1 1	the transfer to the	, ., .			

				ETABLIS:	SEMEN	T DE SANTE	PRIVE - B	ORDERE	AU DE	FACTU	RATION DES	TINE A L'ASSUR	ANCE M	ALADIE COMPLE	EMENTAIRE	
															Date d'élaboration 06/01	7/2023
lder	tification	de l'org	janisi	me compléme	entaire				Code	M17070	6		Adress	6 RUE PAUL MOREL	BP 80283	
٨	MÎC/PR	AECONI	S / pr	evalois					0000	1111111	•			70006	VESOUL CED	EX
lden	tification	ı de l'éta	bliss	ement	N° Fine	ss 90000	0035			Τ	-		Référence	à rappeler		Signature de
SA	S HOPIT	AL PRIV	E MIC	TTE					de tégorie			Clé de la facture	С			l'assuré(e)
AV	ENUÉ DE	LA MIO	TTE	В	P 109			12	-			N° de Lot				
90	002 BE	LFORT (CEDE	Χ								N° de facture	2307165			
				tablissement		OPITAL PRIVE MI	OTTE S	OCIETE GENE				N° d'entrée	2307165		Abse	nce de signature
	tre CCP o			003	Guich	et 00542	Compte	000201238	Clė 61	N° PEC AMC				X		
_	énéficiair n de naiss	,	• • •	m/e\ PO\/E	MONIQU				sance et prénom(s) BO	VET MONIQ	IIC -					
	s'il y a lie			, ,		E	eu du nom d'usage CH		UE							
_	nmatricul	_			0530002		N° de contr	at / adhérent(e)								
	e organisi					71 Date et rang	de naissance	23/06/19	triculation et clé 2 1 RUE DE MELIV	2590670530002 71 EAU				ur l'EP ou la carte		
				1000			t hospitalisation	30/06/202	25150 ECOT							
						Sortie le										
	ntrée le 30/06/2023 Sortie le 30/06/2023 Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins															
Mala	_		Non X Oui	Si oui, date	00/00/00											
	ernité		Régime Alsac													
	alf sal	1 20.74	(1) M				17774 178 . 5	1. 1. 1.	125214	iis de stru	icture et de soins		<u> </u>	34 1 3 4 1 3 5 1 5 1 5 1 5 1		<u>(faranzo 4)</u>
ent	de ient					Pério	de		, a	Ę					Montant AMC en	Doots à shares
Transfert	Mode de traitement	DIMI	pcs	Prestations				Prix Unitair	a Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	R	égime obligatoire	tiers payant	Reste à charge pour l'assurée
Ĕ	\$ 5		_						ő	ပိ		regime congatone				<u> </u>
_		<u> </u>	H			Du	Au		+	_			Taux	Montant		
S			C	GHS		30/06/23	30/06/23	1394.0		1 1.0		1394.07	100.00	1370.07	0.400	
S			C	PAS CPC		30/06/23 30/06/23	30/06/23 30/06/23	24.0 45.0		1 1.0	1				24.00	45.00
						30/00/23	30/00/23	70.0	~	1	1 40,00					75.00
						1										
						1										
L			L							L						
										Sous-total	11439.07	1394.0		1370,07		
125		10	4.3	7 W. W.				Produits	de la LPP	facturable	es et spécialités ph	armaceutiques		100	CAN MAN AND AND AND AND AND AND AND AND AND A	W.C.C.
Ę	de									w						
sfe	e de	DMIT	pcs	Prestations		N° identification	Date		unitaire / arif de	iğ.	Mantant fanturá	Base de remboursement	R	égime obligatoire	Montant AMC en	Reste à charge
Transfert	Mode	٥	۵			prescripteur	d'implantation	1 1 .	férence	Quantité	Montant facturé	regime obligatoire			tiers payant	pour l'assurée
Ĺ													Taux	Montant		
S			С	PII		901804617	30/06/23	3	93,87	1	393.87	393.87	100.00	393.87		
							V V V IV	"			550,51	300.01		204.01		
												1				
			Ш						.Sn	us-total 2	393.87	7 393.8		393.87	0.0	0 0,00
										otal 1 + 2	1832.94	4	et .	1763.94		

É	K.Y.	10.74	() 4	in a second	70	72.7	7.5	wind free	1.4.04	elevé des hon	oraires	médicaux	paran	nédica	aux et ac	tes de	laboratoire	,	11. (14.25 · 14.67)	1, 4, 7,		THE TRANSPORT	Service Co.
	Numéro de Care	N°	ř.	N° d'identification de l'exécutant	ialité	_	Code comeration	Date des		Code			Elén d tarific Modifi- cateur	nent e ation Code	Quantité coefficient ou dénombrement	<u> </u>		era	Base de remboursement régime obligatoire	Régir	ne obligatoire	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
Ľ	2		(g)		6	2	Coo				ı			except	syp.	٥		Ã	·	Taux	Montant		
	1 1 2 2 2 2 2		41	901008508 901008508 901008508 901804617 901804617 907013155	02 02 02 41 41 41 26	25 25 25 34 34 34	01 01 02 02 02 01	30/06/23 30/06/23 30/06/23 30/06/23 30/06/23	30/06/23	ADA ADA ADA ADC ADC AMC		135.26 148.07 28.44 350.71 386.82 2.15	J	except	1.00 1.00 1.00 1.00 1.00	0,500 1,000 1,000 0,500 0,500 1,000	67.63 148.07 28.44 636.75	DE DE	67.63 148.07 28.44 186.75 411.96 16.34	100.00 100.00 100.00 100.00	67.63 148.07 28.44 186.75 411.96		450.00 500.00
																otal 3	1809.19		859.19		859.19	0.00	950.00
Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1											N° FINESS	établis	semer	nt 2	N.	,	_		(0)	<u> </u>			
MANDATAIRE(S) B' SAS HOPITAL PRIVE MIOTTE SOCIETE GENERALE MANDATAIRE(B'								NDATAIRE(5)						Ņ	17-17	m	MANDATAIRE B*	(5)		N°			
Centre CCP ou banque 30003 Guichet 00542 Centre CCP ou									ntre CCP ou ba	nque			Guich	et				Centre CCP of	u banque	1	Guichet		
Compte 00020123815 Cie 61 Compte								npte				Cle					Compte			Cle			
Montant facturé par le praticien.																							
N°1 LEJUSTE CLAUDIA N°2 GLEYZE PASCAL N°3 FERNEY JOEL								DEL	N°4				-	l°5			N°6			N°7			
AI €	ADELI 901008508 ADELI 901804617 ADELI 907013355 € 0.00 € 0.00										ADI	ELI				ADELI			ADELI			ADELI €	
M	ONT	ANT TOTAL en	eur	os (1+2+3)													230716	5501					

Cemission du présent bordereau alleste du renseignement de celui-o sur le fondement du bordereau de facturation du régime obligatoire. B*: Banque

Feuillet 2 / 2