

**PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION CHIRURGICALE N° 0123004157**

Valable du 06/07/2023 au 15/07/2023

**CONTACT : Gestion Prestations 1**

Ligne Directe : 03.84.75.19.20

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.prestations@praeconis.fr

**POLYCLINIQUE DU BOIS**

**44 AV MARX DORMOY**

**B.P. 59**

**59003 LILLE**

Vesoul, le 3 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 : LENOIR MARTINE Né(e) le :04/03/1954**  
**N° Dossier : K513112 N° S.S. : 2540359540034 39**

**Code Tiers National : 590780268**

**Date d'entrée : 06/07/2023**

**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	10	20.00
Chamb.avec hébergement SC	10	60.00

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

SERVICE COURRIER LE  
17 JUIL. 2023

**CLEMENCEAU AMBULANCES**  
38 Avenue Georges Clemenceau

94700 MAISONS ALFORT  
Tél. : 0145180101  
N° id : 942503228

PRAECONIS  
6 RUE PAUL MOREL  
BP80283  
70060 VESOUL CEDEX

MAISONS ALFORT, le 13/07/2023

Objet : Ticket modérateur Mutuelle

ASSURE DE REFERENCE : N°135039913444569 PEREZ CINCUNEGUI JULIAN

Madame, Monsieur,

Nos services ont été récemment amenés à effectuer un Transport sanitaire pour votre client.  
Cette prestation a été menée dans les conditions générales suivantes :

Bénéficiaire : PEREZ CINCUNEGUI JULIAN 09/03/1935

Véhicule : Allongé

Trajet : MAISONS ALFORT  
ALFORTVILLE

Facture : 0000051270 émise le 11/07/2023

Montant : 175,02 Euros

Transport : du 06/07/2023 au 06 07/2023

Cette facture étant prise en charge à 65 % par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, la somme de 61,26 euros reste à votre charge.

Nous vous serions donc très obligés de bien vouloir vous acquitter de ce montant, dès que possible, et ce par tout moyen de paiement à votre convenance.

Dans cette attente, veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations dévouées.

Le service comptabilité

---

**COUPON REPONSE A JOINDRE A VOTRE REGLEMENT**

Facture	:	0000051270 émise le 11/07/2023
Bénéficiaire	:	PEREZ CINCUNEGUI JULIAN
Transport	:	du 06/07/2023 au 06/07/2023 en Allongé
Montant	:	175,02 Euros
Votre dû	:	61,26

## Edition Mutuelle à partir de

## FACTURE DE TRANSPORT

VÉHICULE SANITAIRE LÉGER (VSL) - AMBULANCE   ABA  ABC

Date de la facture 11/07/2023

N° de la facture 10000051270

Vollet destiné à l'organisme de paiement

Vollet destiné à l'assuré(e) social(e)

Vollet destiné au transporteur

Personne transportée et assuré(e)

## • Personne bénéficiaire du transport

Nom et prénom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'épouse) PEREZ CINCUNEGUI JULIAN

Numéro d'immatriculation 1350399134445

69

Date de naissance 09/03/1935

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)  
Caisse générée par PEC+  
019413511  
1 à 9, Avenue du Général de Gaulle  
94031 CRETEIL

## • Assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie du transport n'est pas l'assuré)

Nom et prénom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'épouse)

Numéro d'immatriculation

- Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers (hors AT/MP) ? Non  Oui

## Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Nom et prénom ABEILLE VINCENT

Raison sociale

Identifiant 941075822

N° de la structure

OU Samu-Centre 15, n° de mission 1

• Si prescription en ligne, n°

Transport effectué (si transports multiples, veuillez cocher la case 

Aller	date 06/07/2023	Urgence : non <input checked="" type="checkbox"/> oui	heure du départ 16:20	heure de l'arrivée 16:35	Nbre Km 7
	lieu de prise en charge MAISONS ALFORT 102 AVENUE DU GENERAL DE	ALFORTVILLE DENTISTE			
	destination .....	membre(s) de l'équipage DUBUSSON YANN / MADI MASSINISSA			
Retour	date 06/07/2023	heure du départ 17:35	heure de l'arrivée 17:55	Nbre Km 7	
	lieu de prise en charge ALFORTVILLE DENTISTE	MAISONS ALFORT 102 AVENUE DU GENERAL DE			
	destination .....	membre(s) de l'équipage DUBUSSON YANN / MADI MASSINISSA			

## Tarification

			Quantité	Montant
- 1) Forfait : départemental	agglomération	PEC <input checked="" type="checkbox"/>	2	130,10
majoration nuit				
majoration samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié				
- 2) Tarif kilométrique			14	32,48
majoration nuit				
majoration samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié				
- 3) Valorisation trajet court de jour			2	12,44
- 4) Valorisation trajet court de nuit				
- 5) Valorisation trajet court samedi (à partir de 12 h)/ dimanche/jour férié				
- 6) Supplément : aéroport, port, gare	prématuré, incubateur	Samu-Centre 15		
autre (à préciser)				
- 7) Abattement pour transport partagé	- deux patients		-	-
	- trois patients			
- 8) Péage (en cas de transport partagé, le montant des péages doit être divisé par le nombre de personnes transportées)				

## • BASE DE REMBOURSEMENT

175,02

Part de l'organisme 65,00 % x 175,02 = 113,76

Part de la mutuelle 35,00 % x 175,02 = 61,26

Supplément non remboursable (à détailler) .....

Somme à payer par la mutuelle N° AMC : 70000854 61,26 N° Adhérent : 75950444

• MONTANT TOTAL DE LA FACTURE Dont TVA 0,00% = 0,00

+ 175,02

• DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS : totale

partielle 

• PAIEMENT DIRECT

## Transporteur

Raison sociale CLEMENCEAU AMBULANCES .....

N° d'identification :

Adresse 38 Avenue Georges Clemenceau 94700 MAISONS ALFORT

942503228

Fait à MAISONS ALFORT Le 11/07/2023

Signature du transporteur

## Attestation de l'assuré(e) (facultative si annexe remplie et signée)

L'assuré(e), le bénéficiaire du transport ou son représentant atteste de la réalisation du transport mentionné ci-dessus et de la somme réglée, le cas échéant. Il(e) s'engage à payer au transporteur tout ou partie de la facture en cas de refus total ou partiel de prise en charge par l'organisme d'assurance maladie.

Fait à .....

Le .....

Signature

Quiconque se rend coupable de fraude ou de faux dans l'un des termes est punissable de peines fermées, d'amende et d'emprisonnement (art. 114-1, 441 et 441-1 du Code pénal, art. I, 114-1-1 et I, 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).  
La loi de l'Etat d'origine relative à l'information, à la sécurité et aux libertés applique aux expéditions sur ce formulaire. Il convient d'en faire une copie pour les données vous concernant.

CNAM - 215 - mars 2012

SERVICE COURRIER I  
17 JUIL 2023

## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS

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

Numéro de feuillet : 1/2

Date de la facture AMC : 12/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire PRAECONIS	Code PRAECONIS	Adresse PRAECONIS 6 rue Paul Morel BP 80283 70006 VESOUL CEDEX	Téléphone : 03 84 75 19 20 Fax : 03 84 75 20 21
---	-------------------	--	--

Identification de l'établissement Centre Hospitalier Privé de l'Europe 9 bis avenue de SAINT GERMAIN 78560 LE PORT MARLY	N° FINESS 780300414 Téléphone : 01 39 17 22 22 CODE 365 CATÉGORIE	Références à rappeler Clé facture C N° de lot 915 N° facture 145783 N° d'entrée 23454390 N° PEC AMC 123	Signature de l'assuré(e)
Domiciliation bancaire de l'établissement EPM IBAN : FR7630003031750012040524494 BIC : SOGEFRPP		Absence de signature	<input checked="" type="checkbox"/>

Le bénéficiaire des soins	L'assuré(e) titulaire du contrat AMC
Nom de naissance et prénom(s) VICTOR PUJEBET Philippe suivis s'il y a lieu du nom d'usage	Nom de naissance et prénom(s) suivis s'il y a lieu du nom d'usage
N° d'immatriculation et clé 1340781065006 73	N° d'immatriculation et clé 1340781065006 73
Date et rang de naissance 04/07/34 - 1	Adresse ehpad Notre Dame
Code organisme de rattachement 017810000	78230 LE PECQ
N° centre gestionnaire 0000	Date début hospitalisation 02/07/2023
Entrée le 02/07/2023	Sortie le 06/07/2023
Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins	
Maladie <input checked="" type="checkbox"/>	Accident causé par un tiers <input type="checkbox"/>
Maternité <input type="checkbox"/>	AT/MP <input type="checkbox"/> Exonération forfait journalier <input type="checkbox"/>
Régime obligatoire	
Non <input checked="" type="checkbox"/>	
Oui <input type="checkbox"/>	
Si oui, date	
Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/>	
17 JUIL. 2023	
N° contrat/adhérent(e)	
123 / 13407810	

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		
S		C	GHS		02/07/2023	06/07/2023	3376.59	1	1.00	3376.59	3376.59	100	3296.59	80.00	
		C	FJ		02/07/2023	05/07/2023	20.00	4	1.00						20.00
		C	FJA		06/07/2023	06/07/2023	20.00	1	1.00	20.00	20.00				

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 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)	
												Modificateurs	Code remb. except.						Taux	Montant			
1				781168042	02 31		03/07/2023		ADA		176.38		1.00		209.96		209.96	100	209.96				
2				751936287	49 31		03/07/2023		ADC		442.42		1.00		559.66		559.66	100	559.66				

SERVICE COMMUNIQUE  
17 JUIL. 2023

Transfert provisoire - N° FINESS établissement ①			N° FINESS établissement ②		
MANDATAIRE(S)	N° 1	MANDATAIRE(S)	N°	MANDATAIRE(S)	N°
SOGE HONORAIRES - HONO DES PRATICIENS					
IBAN FR7630003004740005003276022 BIC SOGEFRPP					
Montant facturé par le praticien.					
n° 1 HOUISSA Hamda	n° 2 WATRIN Thierry	n° 3	n° 4	n° 5	n° 6
Mandataire n° 1	Mandataire n° 1				
ADELI 781168042	ADELI 751936287	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI
€ 0.00	€ 0.00	€	€	€	€
<b>MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)</b>		100.00 €	Rappel du numéro de facture 145783		

**PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION CHIRURGICALE N° 0123004206**  
Valable du 02/07/2023 au 11/07/2023

**CONTACT :** Gestion Prestations 1  
Ligne Directe : 03.84.75.19.20  
Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : : service.prestations@praeconis.fr

**CENTRE HOSPITALIER PRIVE EUROPE**  
**9B AV DE SAINT GERMAIN**  
**78560 LE PORT MARLY**

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 : **VICTOR PUJEBET PHILIPPE** Né(e) le : **04/07/1934**  
N° Dossier : **N161161**      N° S.S. : **1340781065006 73**

Code Tiers National : **780300414**  
Date d'entrée : **02/07/2023**

**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	10	20.00
Chamb.avec hébergement SC	10	60.00

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

**CLINIQUE DES NORIETS**

12 RUE DES NORIETS

94400 VITRY SUR SEINE

Tél. 01.45.59.55.00

Fax. 01.46.77.74.61

Finess 940300551 / 940000912

**SERVICE COURRIER ! E**

**17 JUIL. 2023**

**PREAECONIS**

6 RUE PAUL MOREL

BP 80283

70006 VESOUL CEDEX

**1er RAPPEL**

A VITRY SUR SEINE, le 12/07/2023

Madame, Monsieur,

Nous procémons actuellement à la vérification de nos comptes et nous constatons que la facture, dont vous trouvez les références ci-dessous, n'est pas réglée à ce jour :

N° Dossier : 230001737	Patient : AZZI Safia
Séjour du : 17/01/2023	au : 06/02/2023
N° SS : 239059935391590	

Date facture	N° facture	Séjours (en €)	Honoraires (en €)	Total (en €)	N° lot
03/03/2023	S00036942 / 000219956	420,00	0,00	420,00	
				Total facturé	420,00
				Total réglé	0,00
				Total dû	420,00

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez nous contacter au : 01 45 59 55 06  
ou par courriel : facturation-noriets@hpv94.fr

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous faire parvenir le règlement sans tarder  
ou nous indiquer les motifs du non règlement.

Toutefois, si notre courrier a croisé votre paiement, pouvez-vous nous faire parvenir copie de votre bordereau de règlement.

En vous remerciant, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées

**LE SERVICE FACTURATION**

Etablissement de santé privé

DUPLICATA

## BORDEREAU DE FACTURATION DESTINE A L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE

Date de la facture AMC : 03/03/2023

Identification de l'organisme complémentaire PREAECONIS	Code PRAECONI	Adresse : 6 RUE PAUL MOREL BP 80283 70006 VESOUL CEDEX	Feuillet n° 1 / 2
--	------------------	--	-------------------

Etablissement	Coefficient MCO	Références rappelées	Signature de l'assuré(e)
Identification CLINIQUE LES NORIETS 12 RUE DES NORIETS 94400 VITRY SUR SEINE	N° finess 940300551 Code catégorie 365 Coefficient HAD	Clé facture : N° de lot : N° facture : 000219956 N° d'entrée : 230001737 N° PEC AMC :	Absence de signature

Domiciliation bancaire de l'établissement CLINIQUE LES NORIETS BIC : CCBPFRPPMTG	IBAN : FR7610207000570405702111127
---	------------------------------------

Bénéficiaire des soins	Assuré(e) titulaire du contrat AMC (mentionné sur l'E.P. ou sur la carte)
Nom de naissance et prénom(s) CHACHOUA Safia - AZZI (suivis s'il y a lieu du nom d'usage)	Nom de naissance et prénom(s) (suivis s'il y a lieu du nom d'usage)

N° d'Immatriculation : 239059935391590	Date et rang de naissance : 18/05/1939 - 1	Adresse : 5 rue des emaux	SERVICE COURRIER LE	N° contrat / adhérent : (mentionné sur E.P. ou carte)
Code organisme de rattachement : 01451	Date début hospitalisation : 17/01/2023	45250 Briare	17 JUIL. 2023	
N° centre gestionnaire : 0000				
Entré le : 17/01/2023	Sortie le : 06/02/2023			

Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins										Régime obligatoire			Mt AMC en tiers payant	Reste charge pour l'assuré(e)	
Tr	MT	DMT	DCS	Prestations	Période		Prix unit	Qte	Coef	Mt Facturé	Base de rbt	Taux			
					Du	Au					Base de rbt	Taux	Montant		
P	03	466		ENT	17/01/23		59,70	1	1	53,73	59,70	100	53,73		
P	03	466		PJ	17/01/23	29/01/23	200,07	13	1	2 340,82	2 600,91	100	2 080,82		260,00
S	03	466		FJ	17/01/23	29/01/23	20,00	13							140,00
				PJ	30/01/23	05/02/23	200,07	7	1	1 260,44	1 400,49	100	1 120,44		20,00
				FJ	30/01/23	05/02/23	20,00	7							
				FJA	06/02/23		20,00	1	1	20,00					
				PMS	22/01/23		5,78	1	1	5,20	5,78	100	5,20		
				PMS	29/01/23		5,78	1	1	5,20	5,78	100	5,20		
Sous-total 1								3 685,39		4 072,66			3 265,39		420,00

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques										Régime obligatoire			Mt AMC en tiers payant	Reste charge pour l'assuré(e)		
Tr	MT	DMT	DCS	Prestations	N° identif. du prescripteur	Date d'implantation	Prix unit tarif de rf	Qte	Mt Facturé	Régime obligatoire						
										Base de rbt	Taux	Montant				
Sous-total 2																

Sous-total 1 + 2	3 685,39	4 072,66	3 265,39	420,00
------------------	----------	----------	----------	--------

TOURNEZ SVP...

(\*) : Autre AMC Imprimé le 12/07/2023 14:31:38

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

Tr	N° identif. du prescripteur	SP	N° identif. exécutant	SP	Ta	Cv	Date des soins	Date prescription	Code regroup lettre cl	Loc dent	Prix unitaire	Eléments		Qte Coe assoc Déf	Honoraires facturés	Dp	Régime obligatoire			Mt AMC en tiers payant	Reste charge pour l'assuré(e)
												Modif	Rbt Excp				Base de rbt	Taux	Montant		

SERVICE COURRIER LE  
17 JUIL 2023

Sous-total 3

Transfert provisoire - N° finess établissement 1		N° finess établissement 2		(*): Autre AMC	
Mandataire(s)	N°	Mandataire(s)	N°	Mandataire(s)	N°
B		B		B	
Centre CCP ou Banque	Guichet	Centre CCP ou Banque	Guichet	Centre CCP ou Banque	Guichet
Compte	Clé	Compte	Clé	Compte	Clé
Montant facturé par le praticien					
N°	N°	N°	N°	N°	N°
Montant total en euros (1+2+3) 3 685,39				Rappel du numéro de facture : 000219956	

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

TOURNEZ SVP ...

## Etablissement de santé privé

DUPLICATA

## BORDEREAU DE FACTURATION DESTINE A L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE

Date de la facture AMC : 03/03/2023

Identification de l'organisme complémentaire PREAECONIS	Code PRAECONI	Adresse : 6 RUE PAUL MOREL BP 80283 70006 VESOUL CEDEX	Feuillet n° 2 /2
--	------------------	--	------------------

Etablissement	Coefficient MCO	Références rappelées	Signature de l'assuré(e)
Identification CLINIQUE LES NORIETS 12 RUE DES NORIETS 94400 VITRY SUR SEINE	N° finess 940300551 Code catégorie 365 Coeffcient HAD	Clé facture : N° de lot : N° facture : 000219956 N° d'entrée : 230001737 N° PEC AMC :	Absence de signature

Domiciliation bancaire de l'établissement CLINIQUE LES NORIETS BIC : CCBPFRPPMTG	IBAN : FR7610207000570405702111127
---	------------------------------------

Bénéficiaire des soins	Assuré(e) titulaire du contrat AMC (mentionné sur l'E.P. ou sur la carte)
Nom de naissance et prénom(s) CHACHOUA Safia - AZZI (suivis s'il y a lieu du nom d'usage)	Nom de naissance et prénom(s) (suivis s'il y a lieu du nom d'usage)

N° d'Immatriculation : 239059935391590	Adresse : 5 rue des emaux	N° contrat / adhérent : 17 JUIL. 2023
Code organisme de rattachement : 01451	Date et rang de naissance : 18/05/1939 - 1	
N° centre gestionnaire : 0000	Date début hospitalisation : 17/01/2023	45250 Briare
Entré le : 17/01/2023	Sortie le : 06/02/2023	

Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins									
Maladie	X	AT / MP	Régime Alsace Moselle	Accident causé par un tiers		Non	Oui	Si oui, Date	
				Maternité				Exonération forfait journalier	Non Oui

Frais de structure et de soins												Régime obligatoire			Mt AMC en tiers payant	Reste charge pour l'assuré(e)
Tr	MT	DMT	DCS	Prestations	Période		Prix unit	Qte	Coef	Mt Facturé	Régime obligatoire					
					Du	Au					Base de rbt	Taux	Montant			
03	466			PMS	05/02/23		5,78	1	1	5,20	5,78	100	5,20			
03	466			TV	17/01/23		75,00	1	1	75,00					75,00	

Sous-total 1	3 765,59	4 078,44	3 270,59	420,00	75,00
--------------	----------	----------	----------	--------	-------

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques												Régime obligatoire			Mt AMC en tiers payant	Reste charge pour l'assuré(e)
Tr	MT	DMT	DCS	Prestations	N° identif. du prescripteur	Date d'implantation	Prix unit tarif de rf	Qte	Mt Facturé	Régime obligatoire						
										Base de rbt	Taux	Montant				

Sous-total 2				
Sous-total 1 + 2	3 765,59	4 078,44	3 270,59	420,00

TOURNEZ SVP...

(\*) : Autre AMC Imprimé le 12/07/2023 14:31:39