

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

SERVICE COLIRRIER LE 17 JUIL. 2023

PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION CHIRURGICALE N° 0123003774 Valable du 30/06/2023 au 09/07/2023

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 16 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 : CHERY MONIQUE ROSE Né(e) le :23/06/1959

N° Dossier: **U036255** N° S.S.: 2590670530002 71

Code Tiers National: 900000035

HOSPITALISATION CHIRURGICALE

Date d'entrée : DMT: 181 Chirurgie Générale et Spécialités Chirurgicales 30/06/2023

Durée En jours	Remboursement mutuelle
	Ticket Modérateur
	Ticket Modérateur
	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 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.

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 07/07/2023

Iden	tification	de l'org	janisi	ne complém	entaire					Code	M17070			Adress	6 RUE PAUL MOREL	ВР	80283		
М	MC / PR/	ECONI	S / pn	evalois							,				70006	VES	OUL CEDE	x	
Iden	tification	de l'éta	bliss	ement	N° Fines	s 900000	0035		0.4		Τ			Référence	à rappeler			Signature de	
SAS	S HOPITA	L PRIVI	E MIO	TTE					Code catégor	rie			Clé de la facture	С				l'assuré(e)	
AVE	NUE DE	LA MIO	TTE	В	P 109				128				N° de Lot						
900	02 BEI	FORT (CEDE	X									N° de facture	2307745					
				tablissement		OPITAL PRIVE MI	OTTE SO		GENERAL	E			N° d'entrée	2307745			Absen	ce de signature	
	re CCP o			003	Guiche	et 00542	Compte	00020	0123815			Clé 61	N° PEC AMC				<u> </u>	X	
	néficiair			-/a\ DOUG	HONNET	NAUDE		tulaire du contrat AMC aissance et prénom(s) BOUCHONNET CLAUDE											
	de naiss: s'il y a lie	,		1 /	HONNET C ANCE	LAUDE		,	UCHONNET AISANCE	CLAUDE									
	matricula			Ÿ	0473004	25		2440270473004 25				l° de contra	t / adhérent(e)						
	organisr					Date et rang o	le naissance	20/	02/1944	- 1		5 IMP DES MYOS						l'EP ou la carte	
	ntre gest			1000		•	hospitalisation	04/	07/2023			70290 CHAMP	AGNEY				u013696		
						Sortie le	·	04/	07/2023						uon	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,			
	Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins																		
Mala	Maladie 🔀 Accident causé par un tiers															00/00/00			
	Att/MP Exonération forfait journalier Non X Oui Régin															•	Moselle		
ŧ	that has		<u>. X.</u>		(Salahan)		CC. TOPA		0.4	Frais	de stru	cture et de soins?		1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1		1	W/W	ないない	
Transfert	Mode de traitement	DMI	pcs	Prestations		Pério	de	Prix Unitaire		Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	t R	égime obligatoire	Montant /		Reste à charge pour l'assurée	
۲	Me tra					Du	Au			ď	င်္ဂ			- Taux	Montant				
S			CC	GHS PAS		04/07/23 04/07/23	04/07/23 04/07/23		809.45 24.00	1	1.00	1	809.45	100.00	785.45		24.00		
										So	us-total 1	809.45	5 809.4	5	785.45		24.00	0.00	
. 7		Q · · · · · ·	- eur	SEE SEE LES	n water factor		9 0	Pro	duits de la				armaceutiques (***)	_	·				
		-11.13		CARACTE Y		And the state of t	1372		ETT. SETS MADE 1			o ot specialities pil	3411		o same territoria	1	1965	TO HAVE BEEN MAINTEN	
Transfert									Prix unita		Quantité	Mantant fasturi	Base de remboursemen	R	égime obligatoire	Montant /		Reste à charge	
Tran	Prestations prescripteur d'implantation								référen		Qua	Montant facturé	régime obligatoire			tiers pa	iyant	pour l'assurée	
\vdash	_		Н					$\vdash\vdash$		-	\rightarrow			Taux	Montant				
			L																
_						_				Sous	-total 2 ₁	0.00	0.0	<u> </u>	0.00)	0.00	0.00	

809.45

Sous-total 1 + 2

809.45

785.45

0.00

24.00

The state of the s										elevé des hono	oraire	, médicaux,	parame	édica	ux et ac	tes de	laboratoire		V (W) L ()	* 1	- 6 - 19 A 19 A	100	
Transfert	\$	N° d'identification prescripteur	Spécialité	N° d'identification de l'exécutant	iné	_	Code commention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	ocalisation derdaire	Prix unitaire	Eléme de tarifica Modifi- C cateur re	ent ition Code emb	Quantité coefficient ou dénombrement	section section	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire		ne obligatoire	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
Ĺ	Ź		Ś		(S)	_	Coc				1		83	xcept	ိုမှီ	٥٥		Ω		Taux	Montant		
SS	1 2		ADA						ADC ADA		271.70	\Box		1.00		271.70		271.70 111.00	100.00	271.70			
	_				<u> </u>	L	Ш						Ш		Sous-t	otal 3	382.70		382.70		382.70	0.00	0.00
Τ,	anefor	t provisoire - Nº I	EINIE	SS établissemen	+ 1							N° FINESS	átablice:	aman		-141 9	002.70		302.70		302.70	L	V
Transfert provisoire - № FINESS établissement 1 MANDATAIRE(S) №												IN FINESS		Guiche		N°			MANDATAIRI B*			N°_ Guichet	
1		0020123815	0003		ichetu e 61					ntre GGP ou bar npte	ique			ouicne Cle	5 (Compte	ou vanque	i	Cle	
Montant facturé par le praticien.										_									_				
N°1 HARNIST PHILIPPE N°2 MICHELET HUBERT N°3 ADELI 251038659 ADELI 901001206 ADELI									N°4 N°5 N°6 N°7 ADELI ADELI ADELI ADELI					N°7									
€ 0.00 € 0.00								€				- l	DELI			ADEL €			€				
M	€ 0.00											Rappel d	u num	éro (de facti	ure	230774	501					

L'emission du présent bordereau affeste du renseignement de celu-ci sur le tondement du bordereau de facturation du régime obligatoire.

B*: Banque

Feuillet 2 / 2



MMC 6 rue Paul MOREL BP 80283 70006 VESOUL CEDEX

SERVICE COLUMNIER LE A 04107

PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION CHIRURGICALE N° 0123004119 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 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 :

<u>Bénéficiaire</u>: **PLAISANCE CLAUDE** <u>Né(e) le</u>: 20/02/1944 N° Dossier: **U013696** N° S.S.: **2440270473004 25**

Code Tiers National: 900000035 HOSPITALISATION CHIRURGICALE

<u>Date d'entrée</u>: **04/07/2023** DMT : 181 Chirurgie Générale et Spécialités Chirurgicales

Durée En jours	Remboursement mutuelle
	Ticket Modérateur
į į	Ticket Modérateur
	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

Bonjour, Vous trouverez en pièce jointe la prise en charge hospitalière demandée. Cordialement Service prestations





François Chirade

MMC 6, rue Paul Morel 70000 VESOUL

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

Date de la facture AMC : 07/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire Code MEDIC70V01 Adresse													
Identification de l'organisme complémentaire MEDICO CHIRURGICALE VESOUL	Code MEDIC70V01		PAUL MOREL 70006 VE	SOUL CEDEX									
Identification de l'établissement du FIRES 250011848 Polyclinique de Franche-Comté 4 RUE RODIN, CS 62222 25052 BESANCON CEDEX		CODE CATÉGORIE	Coefficient MCO 0,9687 Coefficient HAD 0,9687	Références à rappeler Clé facture C N° de lot N° Facture 23070789	Signature de l'assuré(e)								
Domiciliation bancaire de l'établissement ORCHAMPS	VENNES		Bic AGRIFRPP825	N° d'entrée B2317084	Absence de signature								
IBAN FR76 1250 6200 4956 5255 1271 753 Banque			512717 Clé 53	N° Feuillet 1/2	×								
Le bénéticiaire des soins				in angle york from the designs niest past a	- Pr (1)								
Nom de naissance et prénom(s) DUCOULOUX François			naissance et prénom(s) DUCOU										
suinis s'il y a lieu du nom d'usage		suivis s'il	y a lieu du nom d'usage										
N° d'immatriculation et clé 1 43 12 70 447 012 86		N° d'immatriculation et cl 2 Route de No Adresse 70190 NEUV			N° contrat/adhérent(e) P003101								
	Conditions	de prise en charge du b	énéficiaire des soins										
Maladie 🖾 Accident causé p			Non										
Maternité □ AT/MP □		Exonération forfait journalie Frais de structure et de		Di Oui □ Régime Als	sace Moselle 🛘								
M M of the state o	Prix unitaire Au	Quantité	Montant facturé Base de rembou régime obligi	stoire en tiers Taux Montant	nt AMC Reste à charge pour l'assuré(e)								
S 23 181 M GHS 26/06/23 23 181 PAT 26/06/23	26/06/23 531	1 81 1 1 1 1	491,16	515,16 100 491,16	,								
	26/06/23 24	4,00 1 1	24,00		24,00								
	26/06/23 24			SERVICE 117	E COLIRDIER LE								
	26/06/23 24			SERVICE 177 515,16 491,16									
		4,00 1 1	24,00 515,16		E COLIRDIER LE 7 JUIL. 2023								
Moderatilication of prescripteur	Produits de la	Sous-total 1 LPP (acturables et spécie) Prix unitaire/	24,00 515,16	515,16 491,16 rsement Régime obligatoirs Montai	E COLIRDIER LE 7 JUIL. 2023 24,00								
	Produits de la	Sous-total 1 LPP facturables et spécie	24,00 S15,16 Dillés pharmaceutiques Hontant facturé Base de rembou	515,16 491,16 resement Régime obligatoire Montar en tiere	E COLIRDIER LE 7 JUIL. 2023 24,00								
	Produits de la	Sous-total 1 LPP facturables et spécie	24,00 S15,16 Dillés pharmaceutiques Hontant facturé Base de rembou	515,16 491,16 resement Régime obligatoire Montar en tiere	E COLIRDIER LE 7 JUIL. 2023 24,00								

Case	N°	a H t.é	N'	alité	tarif	vention	Date	Date de la	Code	ation		Eléments tarificati	de on	ent ou rement	cient	Honoraires	ement	Base de remboursement	Base de	e obligatoire	Montant	Reste à charg
N. de cas	identification prescripteur	Speci	identification de l'exécutant	Speci	Zone	Code con	des actes	prescription	regroupement ou lettre clé	Localisation	Prix unitaire	Modifi- re cateurs ex	ode mb.	coeffici	Coefficient	Honoraires facturés	Dépass	régime obligatoire	Taux	Montant	AMC en tiers payant	pour l'assuré(
1			251001152	08	24	ı	26/06/23		ADC		192,00			1	1	242,00		192,00		192,00		50,
1			251024///	02	24	,	3/10/133		404		52.41	-			,	100 55		55.55		Oont 50 en paie		
2			251034666	02	34	3	26/06/23		ADA		52,41	7		I	ı	100,55		33,33		55,55 Dont 45 en paier		45,(r le natient
3			251040721	37	34	3	26/06/23		ATM		75,29			1	1	75,29		75.29		75,29		re patient
																,						
	1																					

SERVICE COLLEGE LE 17 JUL. 2023

				Sous-total 3	417,84	322,84	322,84						
Transfert provisoire -	N° FINESS établissement (1)	-	N° FINESS établissement (2								
MANDATAIRE(S)	И.	MANDATAIRE(S)		N*	MANDATAIRE	(S)	N'						
Domiciliation ORCHAMPS	VENNES	Domiciliation			Domicilation								
RIB 12506 20049 5652	5512717 53	RIB			RIB								
IBAN FR76 1250 6200 49	956 5255 1271 753 BIC AGR	IFRPP825 IBAN		BIC	IBAN		BIC						
Montant facturé par le pra	icien.												
n°1 DALLE Simon	n° 2 LUCAS Pauline	n° 3 RINGENBACH Fréderic	nº 4	nº 5	n	° 6	n°7						
ADELI 251001152	ADELI 251034666	adeli 251040721	ADELI	ADELI	A	DELI	ADELI						
€ 242,00	€ 100,55	€ 75,29	€	€	•		€						
MONTANT TOTAL en	euros (1+2+3)	933,00 €	assuré(e) n'a	e) n'a pas payé la part obligatoire 🗵 L'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire 🗌									

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

Date d'élaboration 10/07/2023

		-		ne compléme	ntaire				Code	MMMÇ	00		Adress	6 RUE P MOREL		
M(JTUELLE	PRAEC	ONIS	·										70000	VESOUL CED	EX
CLIN 1 RL	fication NQUE JE DU DI DO AGE	R ET MN		E	N° Fines SQUIROL P 19	s 470000 - SAINT HILAIRE	0027	Code catégo 365	orie			Clé de la facture N° de Lot N° de facture	Référence C 2332044	à rappeler		Signature de l'assuré(e)
Domic	ciliation b	ancaire	de l'é	tablissement	CLINIQ	UE ST HILAIRE	В	PQA	_			N° d'entrée	2332044	!	Abse	nce de signature
	e CCP o			307	Guiche	et 00801	Compte	00121043831			Clé 11	N° PEC AMC				X
_	éficiain	_						aire du contrat AMC								
	ie naissa	,		١,,	RSKY MAU	RICE			ORSKY MA	AURICE						
	'il y a lie	-				42		eu du nom d'usage TAB 1420698506296 42	ORSKY			ont (a di (a a tita)				
	matricula				8506296		·					rat / adhérent(e) ur l'EP ou la carte				
	organism			1000	n	Date et rang d	t hospitalisation	13/06/1942 05/07/2023	۱'	Adresse	e 15 RUE DE LA LI 47230 LAVARO					
	ntre gest			1000			nospitalisation		JAC							
Entre	Entrée le 05/07/2023 Sortie le 05/07/2023 Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins															
Malac	Maladie 🟋 Accident causé par un tiers															00/00/00
Mater					AT/MP		***************************************			Non X Oui	_					
		1 100	/ 1	ALC: U	250.53	SAVE SUCE	为皇帝的关系		_		ucture et de soins	Charles Comply	eria. Tanaharan			1
Transfert	Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations		Pério	de	Prix Unitaire	Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	R	égime obligatoire	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurée
\Box						Du	Au			Ŭ			Taux	Montant		
S			С	GHS		05/07/23	05/07/23	809.45		1 1.0	00 809.45	809.45	100.00 785.45			
S			С	PAS		05/07/23	05/07/23	24.00		1 1,0	1				24,00	
\$			С	SPO		05/07/23	05/07/23	44.32		1 1.0	44.32					44.32
									Ļ	L						
									_	ous-total			_	785,45	24.0	0 44,32
<u>_</u>	-	-	ï	* / 1 1. 3	A TO	S 14. 10- EG	48512	Produita de l	a LPP fa	cturabl	es et spécialités ph	armaceutiques 77		State The	<u> </u>	
Transfer trained discontinuo Date de									aire / de nce	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	R	égime obligatoire Montant	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurée
\dashv	-				\vdash			 	\neg	-			INVA	in on the state of		
									Sour	s-total 2	0,00	0.00		0,00	0.0	0.00
									Sous-tot	al 1 + 2	853.77			785.45		

	<u> </u>	the Brock Work of	* 7	Per Alega Strang	1.3	EV	3.25	7.		elead des Liqui	LILL	medical).	MIL.	H. 1	INX AL 90	ns ar	laboratoire	-	1000		<u> </u>		
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 cié	ocalisation dentaire	Prix unitaire	Elém de tarifica Modifi- (cateur r	、I	Quardité coefficient ou dénombre ment	oefficient ssociation	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire	_	ne obligatoire	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
	ž		ĬS		ଜ	2	Cod				ĭ		Cateur	эхсер	_ 0.49	S		Ã		Taux	Montant		
SS	1 2		6	471003988 471019026	02	_	01	05/07/23 05/07/23		ADA ADC	7	111.00 271.70	47	эхсер	1,00 1,00	_	210.66 411.70	DA	140.66 271.70	Taux 100.00 100.00	140.66		70.00
												Sous-total 3							412.36		412.36	0.00	210.00
Tra	nsfert	provisoire - N° I	FINE	SS établissemer	nt 1						\exists	N° FINESS	établiss	seme	nt 2								
MA	NDAT	AIRE(S) .S.H STE GENE						N° 1,2	M/	ANDATAIRE(S)						N			MANDATAIRE B*	(S)		N°	
Cer	tre Co	CP ou banque 3	0003	Gu	ichet (0010			Ce	entre CCP ou ba	nque		(Guich	et				Centre CCP o	u banque	9	Guichet	
Con	npte 0	0037295678		CI	e 34				Co	ompte				Cle					Compte			Cle	
Mo	ntant f	acturé par le pra	ticier	١.																			
N°1 OGER PAUL MARIE N°2 CHEVALIER JEROME N°3											N°4 N°5					N°6			N°7				
ADELI 471003988 ADELI 471019026 ADELI € 0.00 €										ADELI ADELI €				ADELI €	ADELI € ADELI								
		NT TOTAL en							1476.	3 €		Rappel d	lu num	néro	de fact	ure	233204	401					
L'emi	ision du	present bordereau affi	este du	rénseignement de cel	ul-ci sur	ie londe	ment di	u bordereau de la	turation du														Famillat 2 / 2

Relevé des honoraires médicaux; paramédicaux et actes de Jaboratoire

SERVICE CO' TO THE SERVICE CO' T

ETABLISSEMENT DE SANTE PRIVE - BORDEREAU DE FACTURATION DESTINE A L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE Date d'élaboration 07/07/2023 Identification de l'organisme complémentaire Adresse 6 RUE PAUL MOREL BP 80283 Code M170706 MMC / PRAECONIS / prevalois 70006 VESOUL CEDEX Référence à rappeler Identification de l'établissement N° Finess 900000035 Signature de Çode Clé de la facture C l'assuré(e) SAS HOPITAL PRIVE MIOTTE catégorie N° de Lot AVENUE DE LA MIOTTE BP 109 128 N° de facture 230819401 90002 BELFORT CEDEX N° d'entrée 2308194 Absence de signature Domiciliation bançaire de l'établissement SAS HOPITAL PRIVE MIOTTE SOCIETE GENERALE N° PEC AMC X Clé 61 Centre CCP ou banque 30003 Guichet 00542 Compte 00020123815 Le bénéficiaire des soins L'assuré(e) titulaire du contrat AMC Nom de naissance et prénom(s) GHERIBI ILYES Nom de naissance et prénom(s) GHERIBI NADEGE suivi s'il y a lieu du nom d'usage suivi s'il y a lieu du nom d'usage N° immatriculation et clé 2831125056098 55 N° immatriculation et clé 2831125056098 55 N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte Adresse 1 RUE CHABON DELMAS Code organisme de rattachement 01/701 Date et rang de naissance 22/08/2019 N° centre gestionnaire Date de début hospitalisation 04/07/2023 70400 HERICOURT Entrée le 04/07/2023 Sortie le 04/07/2023 Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins Maladie Non X Accident causé par un tiers Oui Si oui, date 00/00/00 AT/MP Maternité Non X Exonération forfait journalier. Oui 🖺 Régime Alsace Moselle Frais de structure et de soins Mode de traitement Période Transfert Coefficient Quantité Montant AMC en Reste à charge PMO Base de remboursement Régime obligatoire Prix Unitaire Montant facturé Prestations pour l'assurée tiers payant régime obligatoire Taux Montant Du S C GHS 04/07/23 04/07/23 379.43 1.00 379.43 379.43 100.00 355.43 PAS 04/07/23 04/07/23 24.00 1.00 24.00 379.43 379.43 355.43 24.00 0.00 Sous-total 1

7	14				湖海		\mathbb{R}^{N} (\mathbb{R}^{N}).	Pro	duits de la LPP f	acturab	es et spécialités ph	armaceutiques	100	de la companya de la	建筑 以下,1157	(22454) (25)
Transfert	Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations		N° identification prescripteur	Date d'implantation		Prix unitaire / tarif de référence	Quantité	Montant facturé	Base de remboursemer régime obligatoire		régime obligatoire	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurée
L													Taux	Montant		
														ļ		
Sous-total 2												0.0	0	0.00	0.00	0.00
Sous-total 1 + 2												379.4	-	355.43		