Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire

sfert	N°	ialité	Nº	ialité	Zone tarif	Date	Date de la	Code			Eléments de tarification		Coefficient	Honoraires	Dépassement	Base de remboursement		me obligatoire	Montant AMC en	Reste à charge
Transfert N* de case	identification prescripteur	Specialité	identification de l'exécutant	Spécialité	Zone tarif	des actes	prescription	regroupement ou lettre clé	Localisation	Prix unitaire	Modifi- cateurs Code remb. except.	Quantité ou coefficient ou dénombrement	Coeff	facturés	Dépass	régime obligatoire	Taux	Montant	tlers payant	pour l'assuré(e)
1 2			851738575 851734004	15 02		27/06/2023 27/06/2023		ADC ADA		271.70 111.00		1.00 1.00		371.70 117.66		271.70 117.66				100.00
												Sou	s-total 3	489.36		389.36	SER	VICE (^) 11 7 JUIL	. 2023	100.00
Transi	fert provisoire	9 - N	N° FINESS éta	abli	sseme	ent ①			-		N° FINESS	établis	semer	nt ②						
IBAN	ATAIRE(S) AGRICOLE HONO : FR761470600131	500026	50000161 BIC	AGRI	i	N* 1	MAY	NDATAIRE(S)			N	allila saska saska kasilila sask	III diamonti il	MANDA	ATAIR	E(S)			N° MALAMBANI MINIMA	11 .100
	RIMBERT PIERRE	Pivili	nº 2 KAL	JPHY .	Jean-Fra	nck n	°3		nº 4			n°5			n	° 6		nº:	7	
Mandatai			Mandataire																	
ADELI	851738575		ADELI 8	5173	4004	A	DELI		ADE	ELI		ADELI			A	DELI		AD	ELI	
€ 0.00	0		€ 0.00			•			€			€			€			€		
MON	NTANT TOTAL	en e	euros (1+2+	3)			24.00 €		Raş	opel du nume	éro de factur	e 1231	16							

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

Date d'élaboration 13/07/2023

Iden	ification	de l'org	anisr	ne complém	entaire				Code	MMC7)		Adress	6 RUE PAUL MOREL			
М	MC VES	OUL							0000	NIII O	,			70000	VESOL	JL	
iden	ification	de l'éta	blisse	ement	N° Fine:	s 25000	0270			Т			Référence	à rappeler		9	ignature de
CLI	NIQUE S	AINT VI	NCEN)T				Code catég				Clé de la facture	C				l'assuré(e)
+	CHEMIN								one			N° de Lot					
	44 BE							365				N° de facture	2319594	01			
_												N° d'entrée	2319594		-	Abson	an de nieneture
				tablissement		UE ST VINCENT		CL			01/ 60	N° PEC AMC	201000-			Absen	ce de signature
	e CCP o			002	Guich	et 02273	Compte	0000459884P			Clé 50						X
	néficiair											aire du contrat AMC					
	de naiss			1-1	Y CHRIST	IAN							REY CHRIS	STIAN			
-			_	age MORE								eu du nom d'usage MO					+
N° in	matricul	ation et d	lé	155047	0550038	37				N° imm	atriculation et clé	1550470550038 37					t / adhérent(e)
Code	organis	ne de ra	ttache	ement 02/7	705	Date et rang	de naissance	10/04/1955	1	Adress	e 6 RUE DU MÉIX I	MARTIN			mentio	onné sur	l'EP ou la carte
N° CE	ntre ges	tionnaire		5000		Date de débu	t hospitalisation	03/07/2023			70240 LA VILL	ENEUVE BELLENOYE E	LA MAIZE				
Entré	e le	03/07/20	23			Sortie le		03/07/2023									
	Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins																
Mala	Aaladie 🏋 Accident causé par un tiers Non 🏋 Oui 🦵 Si oui,														date	00/00/00	
	mité T AT/MP Exonération forfait journalier																Moselle
	ternité AT/MP Exonération forfait journalier																
	Frais de structure et de soins																***************************************
e H																I	Dasta à shares
Transfert	Période & E														tiers payar		Reste à charge pour l'assurée
먇	Mor	<u> </u>				1			ő	ě.		regime obligatoire				"	pour (about de
						Du	Au			1 0			Taux	Montant	1		
S			М	GHS		03/07/23	03/07/23	438.51		1 1.0	00 438.51	438.51	100.00	414.51			
S			М	PAS		03/07/23	03/07/23	24.00		1 1.0	1	455.51	100.00	414.51	2	4.00	
S			М	DIV		03/07/23	03/07/23	30.00		1 1,0		i					30.00
			"	5.1		00/0//20	00/01/20	00.00		1	30.00	ļ					00.00
					ĺ												
										ous-tota	1 468.5	1 438.51		414.51		24.00	30.00
									-				,				
ı,				<u> </u>				Produits de	la LPP 1	acturab	es et spécialites pr	armaceutiques	entrik V.	Bridge Add March	T TOTAL CO.	ation to	3190
e l	. 4				ΙI								ĺ				
ste	ge.	¥	S)	Prestations	1	N° identification	Date	Prix un		tité		Base de remboursement	R	égime obligatoire	Montant AMC		Reste à charge
Transfert	Mode de traitement	DMT	soa	Prestations	ΙI	prescripteur	d'implantation	tarif référe		Quantité	Montant facturé	régime obligatoire	l ''	ogo oongoton o	tiers payar	nt	pour l'assurée
۴	2 5				1 1			l local	unico	ő							
_			Ц										Taux	Montant		_	
			Ш		ll												
_									Şol	ıs-total 2	0.00	0.00		0.00		0.00	0.00
		Sous-total 2 0.00 Sous-total 1 + 2 468.51												414.51		24.00	30.00

*	35	ryWith.	114	Jan 18. j		11	i i	1,777	' R	elevé des hond	raires	médicaux,	paramé	dicaux et a	ctes de	laboratoire	$\mathbb{C}_{\mathbb{C}}$	はないと	1. K	-17 -0 50 PM	STATE STATE	A
Transfert	de case		Spécialité	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	convention	Date des	Date de la prescription		Localisation dentaine		Elémer de tarificati Modifi-Co cateur rer	utité Marté Mart ou		Honoraires facturés	emera	Base de remboursement régime		ne obligatoire	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
F	Numéro	proserprose	å	de l'executant	ශී	2	Code				มื		cateur rei	nb. Ora 3	ပြီး		Dépass	obligatoire	Taux	Montant		
SSSSSS	五 1 1 2 3 3 4		S	251036604 251036604 251852976 251853073 251853073 251853156	03 03 02 03 03 03	24 24	01 01 03 01 01	03/07/23 03/07/23 03/07/23 03/07/23 03/07/23		CS ATM ADA CS ATM ATM	1	23.00 14.26 48.02 23.00 14.26 73.83	7	0.8 1.0 1.0 0.8 1.0 1.0		18.40 14.26 50.90 18.40 14.26 73.83		18.40 14.26 50.90 18.40 14.26 73.83	Taux 100.00 100.00 100.00 100.00 100.00	18.40 14.26 50.90 18.40 14.26		
														Sous	-total 3	190.05		190.05		190.05	0.00	0.00
Tran	sfert	provisoire - N°	oire - N° FINESS établissement 1									N° FINESS	établisse	ment 2								
		AIRE(S)					ı	N° 1,2,3,4	- 1	NDATAIRE(S)					N	•		MANDATAIR	(S)		N°	
		CP ou banque		Gu	ichet				B* Cer	ntre CCP ou bar	nque		Gu	ichet				B* Centre CCP of	ou banque)	Guichet	
Com				CI					- 1	mpte	400			e				Compte			Cle	
Mon	tant f	acturé par le pra	ticier	1,	. Compre																	
N°1	N°1 PRALON LAURIE N°2 FAYE KEVIN N°3 JANIN SEBASTIEN N°4 BRIERE ARNAUD N°5									N*6			N°7									
ADE €		251036604 0.00			251852 0.00	976		ADE	LI 251853 0.00	073	AD €	ELI 25185 0.00	3156		ADELI €			ADEL €			ADELI €	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 658.56 € Rappel du numéro de facture 231959401																						

Temission du présent bordereau alteste du renseignement de celui-ci sur le tondemènt du bordereau de tacturation du regime obligatoire.

B': Banque

SERVICE COUPPIER LE

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

Date d'élaboration 13/07/2023

Iden	tification	de l'org	anisı	ne complém	entaire	· <u>·</u>			(Code	MMC70)			Adress	e 6 RUE PAUL MOREL	_		
M	MC VES	DUL														70000	VESC	UL	
CLI 40	tification NIQUE S CHEMIN 144 BE	AINT VI DES TIL	NCEN LER(IT DYES	N° Fines	ss 25000	0270		Code catégor 365	rie				Clé de la facture N° de Lot N° de facture	Référence C 2319284	à rappeler			Signature de l'assuré(e)
	iciliation l			tablissement		QUE ST VINCENT et 02273	L(Compte	CL 000045	CARROS	_		Clé 50		N° d'entrée N° PEC AMC	2319284	!	ı	Abser	ce de signature
	néficiair				Guidi		Compte		700041	-			(e) titul	aire du contrat AMC					<u></u>
	de naiss s'il y a lie			* *	/AM EMMA	ANUEL						Nom	de naiss	sance et prénom(s)	STEVAM EM	MANUEL			
$\overline{}$	matricula	_			0550055	03		_		П	N° imm	_		1541270550055 0			N°	de contra	t / adhérent(e)
	organisr			ement 01/7		Date et rang			2/1954	1		e 22 ROUTE	DE M	ELINCOURT					l'EP ou la carte
	entre gesi			1000		Date de debu Sortie le	t hospitalisation		7/2023			70800 .	JASNE\	Y					
Entre	Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins																		
Mala	ladie 🏋 Accident causé par un tiers Non 🏋 Oui 🦵														Siou	i, dale	00/00/00		
Mate	mitė 🖵																	Moselle	
						7				Frai	s de str	ucture et de	soins	MANAGE N			A STATE OF THE STA	4. 1	
Transfert	Mode de traitement	DWIT	soa	Prestations		Pério	ode	Prix Ur	nitaire	Quantité	Coefficient	Montant f	acturė	Base de rembourseme régime obligatoire	nt F	égime obligatoire	Montant AN tiers pay		Reste à charge pour l'assurée
						Du	Au				L°				Taux	Montant			
S			СС	GHS PAS		05/07/23 05/07/23	05/07/23 05/07/23	l	809.45 24.00		1 1.0	1	09.45	809.45	100.00	785.45		24.00	
											ı								
										Sc	us-total	1	809,45	809.	15	785.45		24,00	0,00
						4	1. 134	Produ	uits de la	LPP fa	cturabl	es et spécia	lités ph	armaceutiques (1)		Charles Annual Control		(1 07)X	A CONTRACTOR
Transfert	Mode de traitement	DMT	sod	Prestations		N° identification prescripteur	Date d'implantation		Prix unita tarif d référen	e	Quantité	Montant fa	acturė	Base de rembourseme régime obligatoire	nt R	égime obligatoire	Montant AN tiers pay		Reste à charge pour l'assurée
			Г		\Box			\Box											-
			L		ш			ш		Sou	s-total 2		0.00	0.0	00	0,00		0.00	0.00
									5		tal 1 + 2		809.45		_	785,45		24.00	0,00

										Relevé des hond	raires	médicaux,	paran	nédica	ux et ac	tes de	laboratolre	a pag		70.97	HATCH THE	1	785 EV 558
+	case				·w	'	ration		Data da la	Code	wa		Elén d	nent e	out	rit En		erit	Base de			Montant AMC en	Reste à charge
Transfert	Numéro de case	N° d'identification	Spécialité	N° d'identification	Spécialité	Zone Tarif	Code construction	Date des actes	Date de la prescription	regroupement ou lettre clé	Localisation dentaire	Prix unitaire	tarific Modifi-	ation	Quardité coefficient ou dénombrement	Coefficient association	Honoraires facturés	NS SEEDING	remboursement régime	Régin	ne obligatoire	tiers payant	pour l'assuré(e)
티	Į,	prescripleur	Spé	de l'exécutant	Spé	202	Code				Loc		Modifi- cateur	remb. except	⊋do de General	Co		Dépas	obligatoire	Taux	Montant		
S	1 2			251852174 251853057	02 15		01	05/07/23 05/07/23		ADA ADC		111,00	7		1,00		207,66 451,70		117.66 271.70	100.00			90.00
S	4			201000001	10	34	3	05/07/25		ADC		271,70			1,00		401.70	DA	2/1./0	100.00	2/1,/0		180.00
									b														
							$ \ $																
							$\ \ $																
							$\ \ $																
							$\ \ $																
							$\ \ $																
							$\ \ $																
							$\ \ $																
			Ш				Ш						Ш		Sous-	total 3	659,36		389.36		389.36	0.00	270.00
Tra	nsfert	provisaire - N° I	FINES	S établissemen	nt 1						Т	N° FINESS	établis	semer	nt 2					J			
		AIRE(S)					1	√° 1,2	M/	ANDATAIRE(S)				_		N°			MANDATAIRI B*	E(S)		N°	
		P ou banque		Gui	ichet					entre CCP ou bar	nque			Guich	et				Centre CCP of	ou banque		Guichet	
Con			_	Cle	e		_		Co	omple				Cle					Compte			Cle	
_		acturé par le pra	_		N GI	I ΔI	IMF	N°3			TN°4			_		V*5			N°6			N°7	
	OLL	.mcitt gc/lit Qf	artio I	JIV Z DIOA	00	ILLY	/IVIL	14.3			" *											["	
		251852174			51853	3057		ADE	LI		ADE	ELI			- 1	ADELI			ADEL			ADELI	
€		0.00	A.:		.00			€	1468.	14.6	•	Dance I d		-4		<u> </u>	004000	101	€			€	
		NT TOTAL en			A comment	r la toni	(Aman)	di bordereni de			\perp	Rappel d	u nun	nero	ue racti	ure	231928	401					

AND THE SAME PRIVE - BORDEREAU DE FACTURATION DESTINE A L'ASSURANCE MALADIE COMPLE	

Date d'élaboration 12/07/2023

Identification	n de l'orç	janisr	ne compléme	entaire				Code	MMC70			Adress	6 RUE PAUL MOREL		
MMC VES	OUL												70000	VESOUL	
CLINIQUE : 40 CHEMIN 25044 BE	SAINT VI	NCEN LERC	IT DYES	N° Fine			Code catégo 365	orie			Clé de la facture N° de Lot N° de facture	C 673 2318143			Signature de l'assuré(e)
Domiciliation		,-			QUE ST VINCENT	L(014 50	N° d'entrée N° PEC AMC	2318143		Abse	nce de signature ਹ
Centre CCP o			002	Guid	net 02273	Compte	0000459884P			Clé 50	aire du contrat AMC				X
Nom de naiss	_		n(s) BONN	AVENTUR	RE ANDRE							NNAVENTU	RE ANDRE	* **	ì
suivi s'il y a lie	eu du nor	n d'us	age BONN	AVENTUR	RE					suivi s'il y a li	eu du nom d'usage BOI	NNAVENTU	RE		
N° immatricul	lation et d	clé	1440170		22				l	triculation et clé 1				1	at / adhérent(e)
Code organis				01	Date et rang		31/01/1944	1	Adresse	32 RUE DES VAR				mentionne su	r l'ÉP ou la carte
N° centre ges			1000			t hospitalisation	26/06/2023			70100 ANCIER				01	2036
Entrée le	26/06/20)23			Sortie le		27/06/2023 Condition	s de n	rise en ch	arge du hénéficiai	re des soins				
Maladie X															
Maternité	temité T AT/MP T Exonération forfait journalier														
77.75	Frais de structure et de soins														
Transfert Mode de traitement	DIMIT	sod	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
		L			Du	Au		_	Ů			Taux	Montant		
s s s s		00000	FJ GHS PAS FJA CPC		26/06/23 26/06/23 27/06/23 27/06/23 26/06/23	26/06/23 27/06/23 27/06/23 27/06/23 27/06/23	20.00 996.86 24.00 20.00 106.00		1 1.0 1 1.0 1 1.0 1 1.0 2 1.0	0 996.86 0 20.00	996,86	100.00	952,86	20,00 24,00 20,00 120,00	92.00
	1							S	ous-total	1 1228.86	996,86		952.86	184.0	92.00
	4633	10	11/4	M.	(C)	1.040	Produits de	a LPP _a r	acturable	es et spécialités ph	armaceutiques'		. ,		
Transfert Mode de traitement	DMI	pcs	Prestations		N° identification prescripteur	Date d'implantation	Prix uni tarif référe	de	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire		égime obligatoire	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurée
		L		\vdash			-					Taux	Montant		
									ıs-total 2	0.00		-	0,00		
								Sous-to	otal 1 + 2	1228,86	996.86	i i	952.86	184.0	92,00

5	ay As		(ktin	and the same	18		W.	A.P.	P. TERRIT	elevé des hono	raires	médicaux,	paramé	icaux e	actes	de l	aboratoire						
Transfert	éno de case	N° d'identification	Spécialité	N° d'identification	Spécialité	Zotre Tarif	Code convention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Localisation dentaire	Prix unitaire	Elémer de tarificati	uc att	mbre mert efficient	ociation	Honoraires facturés	Sement	Base de remboursement régime	Régin	ne obligatoire	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
Ę	Numéro	prescripteur	Spé	de l'exécutant	ŝ	202	o de				1,4		Modifi- Co cateur rer exc	nb. 59	deno Co	ŝ		Dépass	obligatoire	Taux	Montant		
1	型 1 2 3		ds	251710869 251711644 251852174	37	34 24	03	26/06/23 26/06/23 26/06/23		ATM ADC ADA	Lo	33.60 207.16 100.80	exc	1	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	26	33.60 470.63 220.80	DA	33.60 220.63 100.80	Taux 100.00 100.00 100.00	33.60 220.63 100.80		250.00 120.00
														So	us-total	13 [725.03		355.03		355.03	0.00	370.00
		provisoire - N°	FINES	SS établissemer	nt 1		_					N° FINESS	ėtablisse	ment 2									
		AIRE(S) NCENT HONO						N° 1,2,3	MA B*	NDATAIRE(S)						N°			MANDATAIRE B*	E(S)		N°	
									ntre CCP ou bar	nque		Gu	ichet					Centre CCP of	u banque		Guichet		
	mpte Cle Compte								,		C	e					Compte			Cle			
Mor	ntant f	acturé par le pra	iticien	l.			_																
_	_	Y Marie			RY PI	ERRE	CHA	ARLES N°3	CLEMENT	JEAN CHRISTO	OF N°4				N°5				N°6			N°7	-
ADE		251710869 0.00			51711 1.00	644		ADE €	LI 251852 0,00	174	ADE	ELI			ADE €	LI			ADELI €			ADELI €	
MO	NTA	NT TOTAL en	euro	os (1+2+3)					1953.8	9 €	\perp	Rappel d	u numé	ro de fa	cture		231814	301					

SERVICE COURRIER LE

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

Date d'élaboration 13/07/2023

Ident	ification	de l'org	anisr	ne compléme	entaire				Cod	de M	MC70		,	Adress	6 RUE PAUL MOREL			
М	MC VES	OUL													70000	VESC	DUL	
CLI 40 (ification NIQUE S CHEMIN 44 BE	AINT VI DES TIL	NCEN LERC	IT DYEŞ	N° Fines	ss 25000	0270	-	ode tégorie 5				Clé de la facture N° de Lot N° de facture	Référence C 2318396	à rappeler			Signature de l'assuré(e)
Domi	ciliation I	oancaire	de l'é	tablissement		QUE ST VINCENT	L				L		N° d'entrée	2318396			Absen	ce de signature
	e CCP o néficiair			002	Guich	et 02273	Comple	0000459884	4P			Clé 50 L'assuré(e) titula	N° PEC AMC					X
	de naiss			m(s) BOIBE	SSOT RA	MOND								BESSOTR	AYMOND			
	s'il y a lie	_	_							_				BESSOT				
Code	matricula organism ntre gesi e le	ne de ra	ttache		5248001 '01	64 Date et rang o Date de débu Sortie le	de naissance t hospitalisation	05/03/192 05/07/202 05/07/202	23	- 1		triculation et clé 1 : 18 BIS RUE DE L 70100 GRAY						t / adhérent(e) l'EP ou la carte
Linito	Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins																	
	Maladie X Accident causé par un tiers Non X Oui Si oui, date Maternité AT/MP Exonération forfait journalier Non X Oui Régime Alsa Frais de structure et de soins (1)															me Alsace		
	Frais de structure et de soins 1974 de la Company de la Co																HA WAY	
Transfert	Mode de traitement	DIMIT	soa	Prestations		Pério	de	Prix Unitain	e	Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	R	égime obligatoire	Montant AN tiers pay		Reste à charge pour l'assurée
Щ			Ш		_	Du	Au			4				Taux	Montant			
S			СС	GHS PAS		05/07/23 05/07/23	05/07/23 05/07/23	440.9 24.0	- 1	1	1.0	1	440.95	100,00	416.95		24.00	
											s-total]	416,95		24,00	0.00
	17			200	,			Produits	de la LP	P fact	turable	es et spécialités ph	armaceutiques 🧏 🦟 🥀		A SERVICE AND A	400 (March	and the same	
Frestations prescripteur d'implantation tarif de référence d'implantation tiers par											Montant AN tiers pay		Reste à charge pour l'assurée					
\forall			Н		\vdash			\vdash		+	\dashv			Taux	Montant			
Sous-total 2 0.00 0.00 0.00 0.00												0.00						
										s-total		440.95			416.95		24.00	0,00

1						ě, i	a. 1	1	R	elevé des hono	oralres	médicaux,	param	nédica	ux et ac	tes de	laboratolre	T	Ash Sugar	, vy. v.	South V	A WALL DINK	de distributed folia
Transfert	ase	N° d'identification prescripteur	Spécialité	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	Code consrention	Date des actes		Code			Elém de tarific Modifi- cateur	sent			Honoraires facturés		Base de remboursement régime obligatoire	Régin	ne obligatoire	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
_	Ž		6		65	2	Cod				1			except	S /2	0 #		Ã	·	Taux	Montant		
SSS	1			251045514 251852125 251852125	41 02 02 02	34 34 34	02	05/07/23 05/07/23 05/07/23		ADC ADA ADA		104,50 57.55 28.44	J		1,00 1.00	1.000	261.29 180.55 28.44	DA		100.00	111,29 80.55 28.44		150.00
															Sous-to	otal 3	470.28		220.28		220.28	0.00	250.00
7.	onelad	provincia Ale I	EINIE	CC átabliceana	ot 1		_					NIP EINIEGO	átablic				.,,,,,,,	-	220,20		220,20	0,00	200.00
M	NDAT	AIRE(S) NCENT HONO	rine:	SS établissemer	K I			N° 1,2	MA B*	NDATAIRE(S)		N° FINESS	etablis	seme		N°		_	MANDATAIRE B*	(S)		N°	
		CP ou banque		Ğu	ichet				- 1	ntre CCP ou bai	ngue			Guich	et				Centre CCP o	u banque		Guichet	
	mpte			Cl					- 1	mpte	,			Cle					Compte			Cle	

Transfert provisoire - N° FINES	S établissement 1			N° FINESS établissement 2			
MANDATAIRE(S) B* ST VINCENT HONO	N° 1,2		MANDATAIRE(S) B*		N°	MANDATAIRE(S) B*	N°
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 € 0.00	ADELI 251852125 € 0.00	ADELI €	A	DELI	ADELI €	ADELI €	ADELI €
MONTANT TOTAL en euro	s (1+2+3)	91	11.23 €	Rappel du numéro de fa	cture 231839601		

L'emission du présent bordéreau atteste du renseignement de celu-ci sur le tondement du bordéreau de facturation du règme obligatione.

B': Banque

				ETABLIS	SEME	NT DE SANT	PRIVE - B	ORDE	REAU	DE F	ACTL	JRATION DES	TINE A L'ASSUR	ANCE N	IALADIE COMPLE	EMENTAIR	RΕ	
						<u> </u>										Date d'élabora	ation 04/07/	2023
	ti ication			ne complém evalois	entaire					Code	M17070	06		Adress	6 RUE PAUL MOREL 70006		0283 OUL CEDE	X
SA	tification S HOPIT ENUE DE	AL PRIVE	E MIC	TTE B	N° Fine	90000	0035		Code catégo 128	rie			Cié de la facture N° de Lot N° de facture	Référence C 2306902	à rappeler			Signature de l'assuré(e)
Dom Cent	iciliation re CCP o	oancaire u banqu	de l'é e 300	tablissement		HOPITAL PRIVE MI het 00542	OTTE SO Compte		GENERAL 123815	.E	·	Clė 61	N° d'entrée N° PEC AMC	2306902	?		Abser	ce de signature
	néficiair			m/a\ AULIT	T JULIET	Ťr			_	_			aire du contrat AMC	LET JULIET				
	de naiss s'il y a lie			age VASSE	UR					_		suivi s'il y a li	eu du nom d'usage VAS	SEUR				_
Code	nmatricul e organisi entre ges ee le	ne de ra	ttache		4528028 251	02 Date et rang Date de débu Sortie le	de naissance t hospitalisation	29/0 30/0	02/1931 06/2023 06/2023	1	Adresse	atriculation et clé 2 e 18 RUE ANDRE E 25200 MONTB	BOULOCHE					t / adhérent(e) r l'EP ou la carte
		_						(ondition	s de pris	se en cl	narge du bénéficiai	re des soins					
Mala Mate	rnitė X				Accident of AT/MP	causé par un tiers			Exoné			nalier			Non X Oui	Rég	oui, date pime Alsace	
			-,,,,,	4	;	A		18			de str	ucture et de soins			والمراجعة والمساورة والمساور			A STATE OF THE STA
Transfert	Mode de traitement	DMT	soo	Prestations		Pério	ode	Prix L	Initaire	Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	R Taux	égime obligatoire	Montant A tiers pa		Reste à charge pour l'assurée
S S S			0000	FJ GHS PAS FJA		29/06/23 29/06/23 30/06/23 30/06/23	29/06/23 30/06/23 30/06/23 30/06/23		20.00 809.45 24.00 20.00	1	1 1.0 1 1.0 1 1.0	0 809.45 0	809.45	100.00			20.00 24.00 20.00	
											us-total			3	765.45		64.00	0.00
tra t	ger" ,	1.31		.,,	. 1911	, 's'	196 9 4	Pro	luits de la	a LPP fa	cturabl	es et spécialités ph	armaceutiques		1 1 1	errerant (p.	1977	X 11* , ii **,
Transfert	Mode de traitement	DMIT	sod	Prestations		N° identification prescripteur	Date d'implantation		Prix unita tarif d référen	ie	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	R — Taux	égime obligatoire	Montant A tiers pa		Reste à charge pour l'assurée

0.00 809.45

0.00 829.45

Sous-total 2

Sous-total 1 + 2

0.00 765.45

0.00

0.00 64.00