

**ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS BORDEREAU DE FACTURATION PATIENT**

Date de la facture AMP : 12/07/2024

<b>Identification de l'établissement</b> N° FINESS 750300840 Clinique De La Muette 46-48 rue Nicolo, 75116 PARIS 16	<b>CODE CATEGORIE</b> 365	<b>Coefficient MCO</b> 1,0377  <b>Coefficient HAD</b> 1,0377	<b>Références à rappeler</b> Clé facture P N° de lot N° Pré facture P000009196 N° d'entrée 24004244 N° Feuillet 1/2	<b>Signature de l'assuré(e)</b>    <b>Absence de signature</b> <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Domiciliation bancaire de l'établissement</b> Elysée Haussmann BIC BNPAFRPP				

<b>Le bénéficiaire des soins</b>		<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) I suivis s'il y a lieu du nom d'usage I		Nom de naissance et prénom(s) I suivis s'il y a lieu du nom d'usage I		
N° d'immatriculation et clé	N° d'immatriculation et clé	<b>N° contrat/adhérent(e)</b> (mentionné sur l'E.P. ou la carte)		
Code organisme de rattachement 01921	Date et rang de naissance 2			Adresse
N° centre gestionnaire 01 921 000	Date début hospitalisation			
Entrée le 12/07/2024 10:22	Sortie le			

**Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins**

Maladie <input checked="" type="checkbox"/>	Accident causé par un tiers <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Si oui, date
Maternité <input type="checkbox"/>	AT/MP <input type="checkbox"/>	Exonération forfait journalier <input checked="" type="checkbox"/>	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	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		
				PAT	12/07/24	12/07/24	24,00	1	1	24,00					24,00
				CPC	12/07/24	12/07/24	190,00	1	1	190,00	190,00				190,00
CLINIQUE DE LA MUETTE 46-48 rue Nicolo 75016 PARIS FINESS 750300840 SIRET 448 937 417 00013										<b>PAYÉ</b>					
<b>Sous-total 1</b>										214,00	190,00			214,00	

**Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques**

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 AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
											Taux	Montant		
<b>Sous-total 2</b>														
<b>Sous-total 1+2</b>										214,00	190,00			214,00

**Acquittement de la facture**

Règlement	du 12/07/2024 par Carte	214,00	Régularisation	1800,00
			<b>Total encaissé</b>	<b>2014,00</b>
			Soide	45,00



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	Taux	Montant		
1			751727942	07 31	3		12/07/24		ADC		103,24 J			1	1	992,43		109,95	100	100,95			882,48
2			751100074	02 31	3		12/07/24		ADA		71,48 7			1	1	492,89		75,77	100	75,77			417,12
1			751727942	07 31	3		12/07/24		ADC		74,30 J			1	0.5	357,08		39,56	100	39,56			317,52
2			751100074	02 31	3		12/07/24		ADA		62,68 7			1	0.5	216,10		33,22	100	33,22			182,88
3			751726035	06 0	3		12/07/24		ADI		18,62 Z			1	1	66,58		21,58	100	21,58			45,00

**CLINIQUE DE LA MUELTE**  
 46-48 rue Nicolo  
 75016 PARIS  
 FINESS 750300840  
 SIRET 448 937 417 00013

**PAYÉ**

Sous-total 3      2125,08      280,08      280,08      1845,00

Transfert provisoire - N° FINESS établissement ①		N° FINESS établissement ②	
<b>MANDATAIRE(S)</b>	<b>N°</b>	<b>MANDATAIRE(S)</b>	<b>N°</b>
Domiciliation		Domiciliation	
RIB		RIB	
IBAN		IBAN	BIC
Montant facturé par le praticien.			
	n° 4	n° 5	n° 6
	ADELI	ADELI	ADELI
	€	€	€
<b>MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)</b>		2339,08 €	
L'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire <input type="checkbox"/>		L'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire <input type="checkbox"/>	

L'émission du présent bordereau atteste du renseignement de celui-ci sur le fondement du bordereau de facturation du régime obligatoire  
 B\* : Banque