

Facture

Identification de l'établissement N° FINESS 330782582
POLYCLINIQUE JEAN VILLAR
 56 AVENUE MARYSE BASTIE
 BP 61
 33523 BRUGES CEDEX

Telephone : 08 26 30 81 81
 Fax : 05 56 16 81 95

CODE
 CATEGORIE 365

Domiciliation bancaire de l'établissement
 IBAN : FR7630003004250002027238575 BIC :

Références à appeler
 Clé facturation C
 N° de lot 751
 N° de facture 183824
 N° d'entrée 19007143
 PEC AMC

Signature de l'assuré(e)

Absence de signature
☒

Le bénéficiaire des soins

Nom de naissance et prénom(s) **CASSAGNE Maeva**
 suite à la fin du nom d'usage

N° d'identification et clé 2910433063709 66

Code organisme de rattachement 013310000

N° centre gestionnaire 1113

Entrée le 28/03/2019

N° d'articulation e 2910433063709 66

N° contrat/adhèrent(e)

Date et rang de naissance 03/04/91 - 1
 Date début hospitalisation 26/03/2019
 Sortie le 31/03/2019

Conditions de prise en charge

Bénéficiaire des soins

Malade ☐
 Maternité ☒
 Accident causé par un tiers ☐
 AT/MP ☐

Coût de la prise en charge

Non ☒ Oui ☐
 Non ☐ Oui ☒
 Si oui, date Régime Alsace Moselle ☐

Transfert	Mode de traitement	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)
S			GHS	Du 26/03/2019	1897.69	1	1.00	1897.69	1897.69	100	1897.69	
S		O	FJR	31/03/2019	20.00	1	1.00	20.00	20.00	100	20.00	
S		O	GHS	26/03/2019	938.64	1	1.00	938.64	938.64	100	938.64	
S		O	CPC	26/03/2019	139.00	6	1.00	834.00	834.00	100	834.00	
S		O	FCOU	31/03/2019	9.00	1	1.00	9.00	9.00	100	9.00	

POLYCLINIQUE JEAN VILLAR
 Facture originale acquittée
 pour 843,00 €
 Bruges le 28/04/19

EXEMPLAIRE A ENVOYER A VOTRE MUTUELLE

Sous-total 1 3699.33

2856.33

2856.33

843.00

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques

Transfert	Mode de traitement	DCS	Prestations	N° de prescription	Date d'imputation	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)
-----------	--------------------	-----	-------------	--------------------	-------------------	-----------------------------------	----------	-----------------	--	--------------------	-----------------------------	---------------------------------

Ceci est un exemplaire patient.

Sous-total 2 3699.33

2856.33

2856.33

843.00