

identification de l'établissement dont n° FINESS coefficient MCO : _____	références à rappeler N° LOT N° FACTURE N° D'ENTREE N° FEUILLET
--	--

le bénéficiaire des soins nom et prénom(s) <i>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))</i> n° d'immatriculation et clé code organisme de rattachement entrée le _____ à _____ heures.	l'assuré(e) (s'il -si elle- n'est pas le bénéficiaire des soins) nom et prénom(s) <i>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))</i> n° d'immatriculation et clé adresse à défaut, date de naissance date début hospitalisation sortie le _____ à _____ heures.
---	--

maladie **conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins** code exonération soins en rapport avec l'article L. 212-1

maternité date du début de grossesse ou date d'accouchement _____ AT/MP n° ou date _____ accident causé par un tiers non oui date _____

frais de structure et de soins (1)											frais de structure et de soins (2)														
transfert	mode de traitement	DMT	prestation	n° GHS	période		prix unitaire	quantité	coeff.	montant facturé	codes exo.	transfert	mode de traitement	DMT	prestation	n° GHS	période		prix unitaire	quantité	coeff.	montant facturé	codes exo.		
					du	au											du	au							
sous-total 1											sous-total 2														

produits de la LPP facturables, spécialités pharmaceutiques et médicaments soumis à ATU (joindre la prescription)

transfert	mode de traitement	DMT	prestation	n° GHS	n° d'identification du prescripteur	date de prescription	date d'implantation	libellé	code	tarif de référence ou prix unitaire	quantité	montant facturé	codes exo.
sous-total 3											sous-total 1+2+3		

relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire

transfert	n° de case	numéro d'identification du prescripteur	spécialité	numéro d'identification de l'exécutant	spécialité	date des actes	date de la prescription	n° GHS	actes effectués					quantité ou coefficient	honoraires facturés	dépassé	code exonération	signature des praticiens qw'auxiliaires médicaux attestant la prestation des actes, l'exactitude du montant total des honoraires facturés et la dispense d'avance de frais
									code acte ou lettre-clé	activité	phase	ext.doc	éléments de tarification					
sous-total 4																		

transfert provisoire – n° FINESS établissement 1 _____ n° FINESS établissement 2 _____

MANDATAIRE(S) _____

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3+4)	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"/>	signature du directeur de l'établissement
---	--	---	--