

ESSRIN MGEN	
1 AVENUE MOLIERE 78604 MAISONS LAFFITTE CEDEX	
Tel. 01.34.93.14.14 Fax 01.34.93.16.21	Finess 78 0 15001 7 Siret 441 921 913 00543

Mme LANGLOIS Simone
16 rue de Chevreuse

78570 ANDRESY

QUITTANCE DE RÈGLEMENT

Le 24/09/2015
Caisse : CAIH - Caisse des Hospitalisés
N° ticket : JCAI/113

Libellé	Code TVA	Montant HT (€)
CP FNMF Avec Douche (x48)		1 090,00
Téléphone	5	0,98
Télévision <= 30j (x48)	5	160,00
Total HT facture P15090367		1 250,98
Total HT		1 250,98

TVA :

- TVA 5 (20%)

Total TVA

32,20

32,20

MONTANT DU RÈGLEMENT

1 283,18

Règlement : Carte bancaire

FACTURE ACQUITTÉE
M.G.E.N.
Clinique Médicale
Le Service Facturation,

ESSRIN MGEN
1 AVENUE MOLIERE
78604 MAISONS LAFFITTE CEDEX

Tel. 01.34.93.14.14
Fax 01.34.93.16.21

Finess 78 0 15001 7
Siret 441 921 913 00543

Demande de règlement

Tél. destinataire : 01.39.74.02.19

Facture n°**P15090367**
Le 24 sept. 2015

Mme **LANGLOIS Simone**
16 rue de Chevreuse

78570 ANDRESY

Madame, Monsieur,

Veuillez trouver ci-dessous la somme restant à régler au titre de votre séjour dans notre établissement.

Date		Libellé / Praticien	Lclé	Coef	Tarif	Base rbt	DH	QD	Mtt net	Tx	E	Créance	Réglié	Solde
		Dossier 15011243 du 07/08/15 au 24/09/15 (HCNEURO) Dr HAULOT Jean Arthur												
		Patient LANGLOIS Simone née PENGLAOU née le 12/10/1927 (1) (00047249)												
		Assuré LANGLOIS Simone née PENGLAOU (2 27 10 75 112 366 67)												
		Préfacture P15090367 du 24/09/15 (Risque 28) (Exo 4)												
07/08/15	23/09	CP FNMf Avec Douche	CPFN	3	45,00	2160,00			135,00			135,00		135,00
07/08/15	23/09	CP FNMf Avec Douche	CPFN	45	25,00	2160,00			1125,00			1125,00	170,00	955,00
24/09/15		Téléphone	TEL20	1	1,17	1,17			1,17			1,17		1,17
24/09/15		Télévision <= 30j	TV-30	48	4,00	192,00			192,00			192,00		192,00
		Total facture P15090367										1453,17	170,00	1283,17
		Reste à régler séjour/FT												1283,17
		Reste à régler												1283,17

Veuillez adresser votre règlement au Service Facturation, en rappelant le n° de dossier ci-dessus.

Vous pouvez payer

- en espèces ou chèque dans nos services
- en chèque, par courrier

Les chèques devront être libellés à l'ordre de la Clinique M.G.E.N.

Pour tout renseignement, contacter le Service Facturation au 01.34.93.14.08.

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS BORDEREAU DE FACTURATION PATIENT

Date de la facture AMP : 24/09/2015

Identification de l'établissement N° FINESS 780150017 ESSRIN MGEN 1 AVENUE MOLIERE, 78604 MAISONS LAFFITTE CEDEX		CODE CATEGORIE 129		Coefficient MCO 1,0663 Coefficient HAD 1,0663		Références à rappeler Clé facture P N° de lot N° Pré facture P15090367 N° d'entrée 15011243 N° Feuillet 1/1		Signature de l'assuré(e) Absence de signature ☒							
Domiciliation bancaire de l'établissement BNP PARIBAS MONTPARNASSE IBAN FR76 3000 4002 7400 0162 2132 958 Banque 30004 Guichet 00274 Compte 00016221329 Clé 58				L'assuré(e) titulaire du contrat AMC (à remplir si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré(e)) Nom de naissance et prénom(s) PENGLAOU Simone Nom usuel : LANGLOIS N° d'immatriculation et clé 16 rue de Chevreuse Adresse 78570 ANDRESY N° contrat/adhérent(e) (matriculé sur l'E.P. ou la carte)											
Le bénéficiaire des soins Nom de naissance et prénom(s) PENGLAOU Simone Nom usuel : LANGLOIS suivis s'il y a lieu du nom d'usage N° d'immatriculation et clé 2 27 10 75 112 366 67 Code organisme de rattachement 01781 N° centre gestionnaire 01 781 810 Date et rang de naissance 12/10/1927 1 Date début hospitalisation Entrée le 07/08/2015 10:07 Sortie le 24/09/2015 10:00		Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins Maladie ☒ Accident causé par un tiers. Maternité ☐ AT/MP ☐ Exonération forfait journalier Non ☐ Oui ☐ Si oui, date Régime Alsace Moselle ☐													
Frais de structure et de soins															
Transfert	Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations	Periode	Prix unitaire	Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire Taux	Montant	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)	
	03	172		CPENM	Du 21/09/15 Au 23/09/15	45,00	3	1	135,00	2160,00				135,00	
	03	172		CPENM	07/08/15 23/09/15	45,00	45	1	2025,00	2160,00			900,00	1125,00	
	03	172		TEL20	24/09/15 24/09/15	1,17	1	1	1,17	1,17				1,17	
	03	172		TV_30J20	24/09/15 24/09/15	4,00	48	1	192,00	192,00				192,00	
Sous-total 1										2353,17			4513,17	900,00	1453,17
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 Taux	Montant	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)	
Sous-total 2										2353,17					
Sous-total 1+2										4513,17			900,00	1453,17	
Acquittement de la facture															
Règlement du 24/09/2015 par Carte 1283,17															
Régularisation 170,00															
Total encaissé 1453,17										Facture acquittée Le 24/09/2015 09:25 (AINNOCENT)					