



n° 11495*02

date d'élaboration

identification de l'établissement dont n° FINESS

références

signature du bénéficiaire des soins

N° LOT
N° FACTURE
N° D'ENTREE
N° FEUILLET

absence de signature

le bénéficiaire des soins

l'assuré(e) (s'il n'est pas le bénéficiaire des soins)

nom de naissance-prénom
(suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

nom de naissance-prénom
(suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

n°d'immatriculation+clé

à défaut date+rang de naissance

n° d'immatriculation+clé

code organisme de rattachement

adresse

date d'entrée

présent le

date de sortie définitive

conditions particulières de prise en charge du bénéficiaire des soins (le cas échéant)AT/MP n° ou date

accident causé par un tiers non ☐ oui ☐ date

soins en rapport avec l'art. L 115

frais de structure et de soins (1)**frais de structure et de soins (2)**

| mode de traitement | DMT (*) | prestation | période | | prix unitaire | quantité | montant facturé |
|--------------------------|------------|------------|---------|----|------------------|----------|--------------------|
| | | | du | au | | | |
| | | | | | | | |

sous-total 1

sous-total 2

**MONTANT TOTAL
FACTURE (1+2)
en euros**

**l'assuré(e) n'a pas payé
la part obligatoire**

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du directeur de l'établissement
ou de son représentant

Les informations figurant sur ce bordereau de facturation, y compris le détail des actes et prestations servies, sont destinées à l'organisme d'assurance maladie du bénéficiaire des soins aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978, le bénéficiaire des soins peut obtenir communication des informations le concernant, et le cas échéant, leur rectification en s'adressant à son organisme d'assurance maladie.

(*) DMT : Discipline Médico-Tarifaire

S 3800 a