Annexe 39

BORDEREAU D'ENVOI

SUPPORTS PAPIER

IDENTIFICATION

ETABLISSEMENT:

- Nom:.....
- Adresse:.....
- Code postal - Commune: .....
- N° d'agréation:.....
- N° du compte:
  IBAN :
  ⌊⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊⌊⌊
  BIC : ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊

CONSEIL MEDICAL**:**

- Nom:.....
- Adresse:.....
- Code postal - Commune: .....
- N° I.N.A.M.I.: .....
- N° du compte:
  IBAN :
  ⌊⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊⌊⌊
  BIC : ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊

IDENTIFICATION FEDERATION OU OFFICE REGIONAL

- Nom:.....
- N° de la fédération:.....
- Adresse:.....
- Code postal - Commune: .....

N° DE L'ENVOI: .....
PERIODE DE FACTURATION: du ..... au.....
IDENTIFICATION DES SUPPORTS MAGNETIQUES: N^{os}:.....
MOIS DE FACTURATION: ….. / …..
IDENTIFICATION SUPPORTS PAPIER

	Montant à charge de l'O.A.	
	Pour le compte de l'établissement	Pour le compte du Cons. Médical
N° de la facture récapitulative:		
N° du relevé des attestations:		
TOTAL:		

VISA DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER

DATE:.....

NOM:.....

Qualité:.....

Signature

VISA DU CONSEIL MEDICAL

DATE:.....

NOM:.....

Qualité: .....

Signature

Réservé à l'organisme assureur:

- Date de réception:.....
- NOM: .....
- Signature: