Nom intervenant	
adresse	
adresse	
CP	
ville	
N° identification	

HAD CENTRE HOSPITALIER DE CREST
ANTENNE DE VALENCE
Allée Barthélémy Thimonier
26000 VALENCE

Contact :
Marie-Hélène TOUZALIN
Facturation HAD
had.facturation@ch-crest.fr
04 75 79 90 38

ANNEE :		**MOIS DE :**		**NOM PATIENT :**	

codification acte	AMK	AMC	AMS	IFD	IK Plaine	IK Montagne	N	D ou F
							Soit Nuit soit Férié, cumul non autorisé	
				Indemnité Forfaitaire de Déplacement	Indemnité Kilométrique Plaine	Indemnité Kilométrique Montagne	mettre 2 si nuit majorée	Majoration de Dimanche ou Férié
Tarif au 01/08/2018	**2,15 €**	**2,15 €**	**2,15 €**	**2,50 €**	**0,38 €**	**0,61 €**	**9,15 €**	**7,62 €**

DATE (jj/mm/aa)	**Nombre d'actes ou kilomètres**								**TOTAL**
exemple	1	1	1	1	1	1	1	1	**26,71 €**
									- €
									- €
									- €
									- €
									- €
									- €
									- €
									- €
									- €
									- €
									- €
									- €
									- €
									- €
									- €
									- €
									- €
									- €
									- €
									- €
									- €
									- €

TOTAL GENERAL
0,00 €

zone à renseigner

SIRET : **26 26 000 26 000 70**

Code service : **PUI_HAD**