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	SF 16,5	SF 23	SF 12	SF 17	SF 15,6	SF 22,6	C	V	IFD	IK Plaine	IK Montagne	Férié
	SDC : 48 h	SDC : 48 h	SDC : jusqu'à J12	SDC : jusqu'à J12								
	les 2 premiers jours d'un enfant unique	les 2 premiers jours du suivi de jumeaux	Après les 2 premiers jours d'un enfant unique	Après les 2 premiers jours de suivi de jumeaux	Monitoring	Monitoring jumeaux	Consultation	Visite	indemnité forfaitaire de déplacement	indemnité kilométrique Plaine	indemnité kilométrique Montagne	
Tarifs au 10/02/2019	**46,20 €**	**64,40 €**	**33,60 €**	**47,60 €**	**43,68 €**	**63,28 €**	**25,00 €**	**25,00 €**	**4,00 €**	**0,45 €**	**0,73 €**	**21,00 €**

DATE (jj/mm/aa)	**Nombre d'actes ou kilomètres**												**TOTAL**
exemple	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	**374,94 €**
													- €
													- €
													- €
													- €
													- €
													- €
													- €
													- €
													- €
													- €
													- €
													- €
													- €
													- €
													- €
													- €
													- €
													- €
													- €
													- €
													- €
													- €

TOTAL GENERAL
0,00 €

zone à renseigner

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

Code service : **PUI_HAD**