

BULLETIN DE SORTIE

Centre Hospitalier Universitaire DIJON  
ETABLISSEMENT DU BOCAGE  
14 RUE GAFFAREL  
BP 77908  
21079 DIJON  
Tél : 03.80.29.30.31  
Fax : 03.80.29.59.95  
No Finess : 210987558

A remettre immédiatement à votre caisse d'Assurance maladie  
en cas d'arrêt de Travail

N° IPP : 000068979730  
N° d'entrée : 126652230  
Nom : ROBERT-BETHUNE CORINNE  
née le : 11/01/1969 à VILLIERS LE BEL 95 Val d'Oise  
Adresse : 34 RUE SAINTE MARGUERITE  
21200 BEAUNE  
FRANCE

DEBITEUR 1 CPAM COTE DOR 211 000 3 Taux de PEC : 80  
CENTRE 213 BP 34548  
21045 DIJON CEDEX  
Assuré(e) ROBERT-BETHUNE CORINNE No affiliation : 2690195680019 32  
Née ROBERT-BETHUNE  
Bénéf : 01 Risq: 10 Valide du 19/03/2025 au 31/12/2025  
No INSEE : 269019568001932

ENTRE(E) LE : 19/03/2025 à 01:02 à 10:58  
SORTI(E) LE : 25/03/2025

Parcours : NC Non concerné par le HUGONNET JULES

Fait au Centre Hospitalier Universitaire DIJON  
le 25/03/2025 à 10:59  
Visa du bureau des entrées

SEJOURS / SEANCES (*)	ARRIVEE	DEPART	UF	DMT	CT	Nbj
Hospit. complète hor	EN 19/03/2025	SN 25/03/2025	2061	232	RC	6

Pôle Coeur - Poumons - Vaisseaux  
Guichet des Admissions 3<sup>ème</sup> étage - Hall A  
C.H.U. FRANCOIS MITTERRAND  
14 Rue Paul Gaffarel - BP 77908  
21079 DIJON CEDEX

initial  de prolongation (\*)

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil  
(art. L. 102-1, L. 102-4, L. 102-11, L. 102-12, L. 102-13, L. 102-14, L. 102-15, L. 102-16, L. 102-17, L. 102-18, L. 102-19, L. 102-20, L. 102-21, L. 102-22, L. 102-23, L. 102-24, L. 102-25, L. 102-26, L. 102-27, L. 102-28, L. 102-29, L. 102-30, L. 102-31, L. 102-32, L. 102-33, L. 102-34, L. 102-35, L. 102-36, L. 102-37, L. 102-38, L. 102-39, L. 102-40, L. 102-41, L. 102-42, L. 102-43, L. 102-44, L. 102-45, L. 102-46, L. 102-47, L. 102-48, L. 102-49, L. 102-50, L. 102-51, L. 102-52, L. 102-53, L. 102-54, L. 102-55, L. 102-56, L. 102-57, L. 102-58, L. 102-59, L. 102-60, L. 102-61, L. 102-62, L. 102-63, L. 102-64, L. 102-65, L. 102-66, L. 102-67, L. 102-68, L. 102-69, L. 102-70, L. 102-71, L. 102-72, L. 102-73, L. 102-74, L. 102-75, L. 102-76, L. 102-77, L. 102-78, L. 102-79, L. 102-80, L. 102-81, L. 102-82, L. 102-83, L. 102-84, L. 102-85, L. 102-86, L. 102-87, L. 102-88, L. 102-89, L. 102-90, L. 102-91, L. 102-92, L. 102-93, L. 102-94, L. 102-95, L. 102-96, L. 102-97, L. 102-98, L. 102-99, L. 102-100)

### l'assuré(e) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation **2690195680019132**

nom et prénom **ROBERT-BETHUNE Corinne**  
(nom de famille - de naissance - suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1): **34 Rue Sainte Marguerite**

code postal **21200** ville **Beaune** n° téléphone **0761039660**

bâtiment :    escalier :    étage :    appartement :    code d'accès de la résidence :

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

salarié(e)  fonctionnaire  profession indépendante  non salarié(e) agricole  élu(e) local(e)

artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA  sans emploi  date de cessation d'activité :    précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2) : oui  date :    non

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ?    oui  non

l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ?    oui  non

(\*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante (voir notice 3) :

médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin prescripteur initial     médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant     à l'occasion d'une hospitalisation

autre cas  précisez et indiquez le motif :

### l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale    n° téléphone

**1 SAS FRANCOIS PARENT**    **2 SAS CAROLINE PARENT & ASSOCIES**

adresse **12 rue Pierre JOIGNEAUX BEAUNE**    **10 B rue des Nageons 21200 BEAUNE**

### les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : **Mme ROBERT-BETHUNE Corinne**

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au :  
- en toutes lettres : **vingt-huit mars deux mille vingt-cinq**  
et  
- en chiffres **28/03/2025** inclus

sans rapport\*  en rapport\*  avec une affection de longue durée (voir notice 1)

sans rapport\*  en rapport\*  avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2)

sans rapport\*  en rapport\*  avec un accident de travail, maladie professionnelle    Date AT/MP :   

sans rapport\*  en rapport\*  avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge    Date du décès :   

\* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée (voir notice 8)

sorties autorisées :    oui  à partir du **25/03/2025** non  (voir notice 4)

sorties sans restriction : non  oui  à partir du **25/03/2025** (voir notice 5)

activité(s) autorisée(s) :    oui  à partir du    non  (voir notice 6)

• et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du    au    (voir notice 7)

sans rapport\*\*  en rapport\*\*  avec une affection de longue durée (voir notice 1)

sans rapport\*\*  en rapport\*\*  avec un accident de travail, maladie professionnelle    Date AT/MP :   

\*\* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

### éléments d'ordre médical (voir notice 9)

Codification du motif médical    OU éléments en toutes lettres : **Hémoptysie sur DDB**

identification du praticien  
(nom et prénom)  
**BOURN Vincent**

identification de la structure  
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)  
**Pôle Cœur-Poumons-Vaisseaux  
PNEUMOLOGIE - Soins Intensifs Respiratoires  
CHU Dijon-Bourgogne  
12 Rue Paul Gaffarel - BP 77908  
21079 DIJON Cedex**

date **29/03/2025** signature du praticien