

Etablissement de santé privé BORDEREAU DE FACTURATION DESTINE A L'ASSURE

Date de la facture AMC : 07/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire **MUTUELLE MSA DIJON** Code **MSA 21** Adresse : **14 RUE FELIX TRUTAT 21046 DIJON CEDEX** Feuillelet n° **1** / 1

Etablissement
 Identification **POLYCLINIQUE DU PARC DREYON** N° finess **210011847** Code catégorie **365** Coefficient MCO
 18 cours Général de Gaulle N° de lot :
 21000 DIJON N° facture : **000263526** Coefficient HAD
 Domiciliation bancaire de l'établissement **POLYCLINIQUE DU PARC DREYON** N° d'entree : **230601673** Absence de signature
BIC : SOGEFRPP **IBAN : FR7630003042700002002073032** N° PEC AMC :

Bénéficiaire des soins Nom de naissance et prénom(s) **PARENT FRANCOIS** (suivis s'il y a lieu du nom d'usage) **Assuré(e) titulaire du contrat AMC (mentionné sur l'E.P. ou sur la carte)**
 N° d'immatriculation : **1 55 01 21 054 017 14** Adresse : **5 GRANDE RUE**
 Code organisme de rattachement : **02215** Date et rang de naissance : **11/01/1955 - 1**
 N° centre gestionnaire : **0000** Date début hospitalisation : **21/06/2023** **21630 POMMARD** N° contrat / adhérent :
 Entré le : **21/06/2023** Sortie le : **21/06/2023** (mentionné sur E.P. ou carte)

Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins

Maladie **AT / MP** Accident causé par un tiers **Non** **Oui** Si oui, Date _____
 Maternité Régime Alsace Moselle Exonération forfait journalier **Non** **Oui**

Tr	MT	DMT	DCS	Prestations	Période		Prix unit	Qte	Coef	Mt Facturé	Régime obligatoire			Mt AMC en tiers payant	Reste charge pour l'assuré(e)
					Du	Au					Base de rbt	Taux	Montant		
	04	958		SE2	21/06/23		66,49	1	1	66,49	66,49	80	53,19	13,30	
POLYCLINIQUE DU PARC DREYON															
CS 17626 21076 DIJON Cedex 18 Cours Général de Gaulle Tél. 03 80 29 45 00 Fax 03 80 67 35 77 Site : 791 752 124 / 000 36															
Sous-total 1											66,49	66,49	53,19	13,30	

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques

Tr	MT	DMT	DCS	Prestations	N° identif. du prescripteur	Date d'implantation	Prix unit tarif de rf	Qte	Mt Facturé	Régime obligatoire		Mt AMC en tiers payant	Reste charge pour l'assuré(e)	
										Base de rbt	Taux	Montant		
Sous-total 1										66,49	66,49	53,19	13,30	
Sous-total 2										66,49	66,49	53,19	13,30	
Sous-total 1 + 2										66,49	66,49	53,19	13,30	

TOURNEZ SVP...

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire

Tr N°	N° identif. du prescripteur	SP	N° identif. exécutant	SP	Ta	Cv	Date des soins	Date prescription	Code regroup lettre c)	Loc dent	Prix unitaire	Eléments		Qte	Coef assoc	Honoraires facturés	Dp	Régime obligatoire			Mt AMC en tiers payant	Reste charge pour l'assuré(e)	
												Modif	Rbl					Excp	Cod Det	Base de rbl			Taux
1			211026810	46	60	0	21/06/2023		ADC		97,48			1	1,00	461,60	DP		15,60	80	12,48	3,12	446,00
<p>HOLYCLINIQUE DU PARC DREYON CS 17828 21076 DUNOIN Cedex 18 Cours Général De Gaulle Tél. 03 80 29 45 00 Fax 03 80 67 35 77 Site : 791 742 724 000 36</p>																							
										Sous-total 3					461,60			15,60		12,48	3,12	446,00	

Transfert provisoire - N° Iness établissement 1

Mandataire(s) N° 1
B ASSOCIATION MEDECINS DE DREYON
 Centre CCP ou Banque **10096** Guichet **18088**
 Compte **00023353801** Clé **04**

N° 1
BENSA PIERRE

461,60 211026810

Montant total en euros (1+2+3) 528,09

N° Iness établissement 2

Mandataire(s) N°
B
 Centre CCP ou Banque Guichet
 Compte Clé

Montant facturé par le praticien

N° 1
BENSA PIERRE

461,60 211026810

Montant total en euros (1+2+3) 528,09

Rappel du numéro de facture : 000263526

L'émission du présent bordereau atteste du renseignement de celui-ci sur le fondement du bordereau de facturation du régime obligatoire.
 Conformément au RCPD, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de disposition au traitement de vos données personnelles ainsi qu'un droit à la limitation et à la portabilité de vos données. Vous pouvez exercer vos droits en nous adressant un email