

AMBULANCES TAXI A4
7 D RUE DU BAILLY
21000 DIJON
Tél: 03.80.36.70.00 Fax: 03.80.36.75.62
Email: contact@ambulancesa4.com
TVA intra. N° FR49813420155
SIRET N° 81342015500067 - APE N° 8690A

Madame ROBERT-BETHUNE Corinne
34 RUE SAINTE-MARGUERITE

21200 BEAUNE

DIJON le, 19/12/2024

JUSTIFICATIF DE PAIEMENT

Reçu le 19/12/2024 de Madame ROBERT-BETHUNE Corinne la somme de 34,93 EURO (Chèque)
concernant le transport en AMBULANCE ci-dessous :

ASSURE Madame ROBERT-BETHUNE Corinne
34 RUE SAINTE-MARGUERITE

21200 BEAUNE

N° SOCIAL 269019568001932

BENEFICIAIRE ROBERT-BETHUNE Corinne

Facture n° 24015682 en date du 05/12/2024
d'un montant total de 77,63 EURO

Transport effectué le 04/12/2024 de DIJON / HPDB / URGENCES à DIJON / CHU

Montant total de la facture	77,63
Prise en charge sécurité sociale	42,70
Vos paiements	<u>34,93</u>
TOTAL RESTANT DU	0,00

Règlement caisse effectué le 10/12/2024 sur le lot N° 08365 (N° caisse 534) (CAISSE ASSUR MALADIE COTE D'OR)

Ambulances TAXI A4

7 D Rue du Bailly
21000 - Dijon
Tél : 03 80 36 70 00 - Fax : 03 80 36 75 62
contact@ambulancesa4.com
Siret : 813 420 155 00067
Tva intra FR 49813420155

PS : A joindre à votre mutuelle avec photocopie du justificatif de paiement de la sécurité sociale.

Exemple mutuelle

FACTURE DE TRANSPORT

VEHICULE SANITAIRE LEGER (VSL) - AMBULANCE

ABA Volet destiné à l'organisme de paiement
ABG Volet destiné à l'assuré(e) social(e)
AFG Volet destiné au transporteur

Télétrans. Date de la facture 05/12/2024 N° de la facture 24015682
Personne transportée et assurée

Personne bénéficiaire du transport

Nom et prénom (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) ROBERT BETHUNE Comme 21200 BEAUNE
Numéro d'immatriculation 2 69 01 95 680 019 32
Date de naissance 11/01/1969

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

Assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie du transport n'est pas l'assuré(e))

Nom et prénom (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
Numéro d'immatriculation
N° CPAM DIJON
CAISSE ASSUR MALADIE COTE D'OR
LOTS TELETRANSMISSION
TSA 99 998
21045 DIJON

Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers (hors AT/MP)? Non Oui Date de l'accident

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Nom et prénom HOPITAL PRIVE DIJON BOURGOG Raison sociale HOPITAL PRIVE DIJON BOURGOGNE
Identifiant 210012670 N° de la structure (AM, FINISS ou SIRET) 210012670

OU Samu-Centre 15, n° de mission | Si prescription en ligne, n°

Transport effectué (si transports multiples, veuillez cocher la case)

Aller date 04/12/2024 Urgence : non oui
lieu de prise en charge DIJON (HPDB / URGENCES) heure du départ 15:15 Nbre Km
destination DIJON (CHU) heure de l'arrivée 15:33 7
membre(s) de l'équipage ORHAN LUC / MAGNIN MATHILDE N° minéralogique du véhicule FC-341-EV
Retour date
lieu de prise en charge
destination
membre(s) de l'équipage N° minéralogique du véhicule

Tarification

	Quantité	Montant
- 1) Forfait : départemental <input type="checkbox"/> agglomération <input checked="" type="checkbox"/> PEC <input type="checkbox"/>	1	61,03
- 2) Tarif kilométrique	4	9,76
- 3) Valorisation trajet court de jour	1	6,84
- 4) Valorisation trajet court de nuit		
- 5) Valorisation trajet court samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié		
- 6) Supplément : aéroport, port, gare <input type="checkbox"/> prématuré, incubateur <input type="checkbox"/> autre (à préciser) <input type="checkbox"/>		
- 7) Abattement pour transport partagé [- deux patients <input type="checkbox"/> - trois patients <input type="checkbox"/>		
- 8) Péage (en cas de transport partagé, le montant des péages doit être divisé par le nombre de personnes transportées)		

Ambulances TAXI A4
7 D Rue du Bailly
21000 - Dijon
Tél : 03 80 36 75 62 - Fax : 03 80 36 75 62
contact@ambulancesa4.com
Siret : 813 420 155 00067
Tva intra FR 49813420155

BASE DE REMBOURSEMENT
Part de l'organisme 55,00 % x ③ 77,63 = 42,70
Part de l'assuré(e) 45,00 % x ④ 77,63 = 34,93
Supplément non remboursable (à détailler)
Somme à payer par l'assuré(e) ② + ③ 34,93
MONTANT TOTAL DE LA FACTURE ① + ③ 77,63

Réglé par chèque
le 18/12/2024

DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS : totale partielle PAIEMENT DIRECT

SIRET N° 81342015500067 Transporteur
Raison sociale AMBULANCES TAXI A4
Adresse 7 D RUE DU BAILLY-21000 DIJON N° d'identification : 212502090
TVA Intra. N° FR49813420155
Fait à DIJON Le 05/12/2024 Signature du transporteur

Attestation de l'assuré(e) (facultative si annexe remplie et signée)

L'assuré(e), le bénéficiaire du transport ou son représentant atteste de la réalisation du transport mentionné ci-dessus et de la somme réglée, le cas échéant. Il(elle) s'engage à payer au transporteur tout ou partie de la facture en cas de refus total ou partiel de prise en charge par l'organisme d'assurance maladie.
Fait à DIJON Le 05/12/2024 Signature

UCANSS - PARAGON CC 20AC25 - S3601B.VUNI - 05/2023 - 20183019